

**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.

25.8.21

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

א.ג.נ.,

הנדון : אבי שרעבי זמאיו, ת.ז. 37258324
תאונה מיום 18.4.21

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי רלוונטי.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה רפואית אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

יפוי כח

אני הח"מ, _____ ת.ז. מס' _____
 מרחוב _____, _____
 את עו"ד אריאל פרייברג ואו _____ בענין תאונת זכ"ל מיום _____
 נגד _____
 מבלי לפגוע בכלליות המיינוי הי"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנזכר ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש אף תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חודעה, 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 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 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 פסי"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 חשופניות, 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, לפטרים ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומתעיל 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 21

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרינברג
מס' רשיון: 62254
עוגד-דין

טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
037251324	ארי	037251324		
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון
803	9	תל אביב		

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

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים וא/או כל רופא מרופאיהם וא/או כל עובד מעובדיהם וא/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים וא/או פסיכיאטריים וא/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי חבראותי וא/או השיקומי וא/או הסוציאלי וא/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מותן 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 וא/או למי מרופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/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 וא/או רופאיהם וא/או עובדיהם וא/או מי מטעמם וא/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

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

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

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

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

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

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' _____ **עו"ד אריאל פריינד** חתימה: _____ X
(במקרה של קטין - חתימות האפוטרופוס) 62254

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק.

שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך !

- לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/נכות מעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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 משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שרירי גמאל	ארי	037258324
מין	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
זכר ☒		05031979
נקבה ☐		שנה חודש יום
עיסוק	שכיר ☒	מתנדב ☐
	עצמאי ☐	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
3 פה"ר	6			בן ארי	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0505746376	@			

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 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	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	פרטים על הפגיעה
18/04/2021	מחלת קורונה
שנה חודש יום	

3

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

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
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 ☐			
שב"ס ☐			
משטרה ☐			
משמר הכנסת ☐			
משא"ז ☐			
אחר ☐			
רחוב/תא	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, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

4

פרטי הטיפול רפואי

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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

5-
73

כאבים ונזק כתוצאה כל ימין
קושי להליכה ונזק לאזניים
קושי בלילה וירידת חריצת
חוסר יציבות בגלל זכארים 51

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

אני מתקשה בחזרה

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע 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 לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

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

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

☐ אחר

טלפון

כתובת

שם גורם מייצג או מסייע

03-7412358

אבא הילד, רמת גן

סר אילן סהר

1.6.21

תאריך תחילת התקשרות:

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

אבי שילר גמאל

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
דיסקונט	י. א. יהו	151	4798823

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני 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 מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי 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 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 _____ 25.8.21 חתימת מקבל הגמלה x עי' _____ חתימת השותפים לחשבון x

11

הצהרה

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 ביודעין 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, עלי 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 אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ 25.8.21 חתימת התובע x עי' _____

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 037258324	תאריך הפגיעה 1994 2021 יום חודש שנה
שם משפחה ד-ר. רחמי	שם פרטי ארי	
חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

הצהרה

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

תאריך 25.8.21 חתימת המבוטח * ארי

תאריך 26/04/2021

הפניה לדימות

פרטי המטופל					שרעבי דמאיו אבי	
00-03725832-4	42.02	ז	05/03/1979	יוסף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות
שם האב	ת.לידה	מין	גיל	שם האב	שם האב	מס זהות
50 - 5746376	50 - 5746376	6	50	50 - 5746376	50 - 5746376	50 - 5746376
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב	צפריר	תל אביב - ישוב	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 33288293550

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288293550

תז נבדק



37258324

רשיון רופא



108090

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ - 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה זאת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: US כף רגל ימין

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד שירות	תיאור רפואי	שירות רפואי
10405037	78003	L1028	US .א.ס. רקמות רכות	רפואי

המטופל מתלונן על בן 42
ב 18/4/2021 בזמן עבודה חבלה בכף רגל ימין
עדיין כאבים

ממצאים עיקריים
ללא חוסר NV גס
ללא סימני TENDON TEAR
נפיחות וכאבים ב-BASE OF 3+4 METATARSUS כף רגל ימין
אפשר דריכה מלא

אבחנה משוערת

קוד	איפיון	אבחנה
9249	RT FOOT	CONTUSION

בעיות פעילות

תאריך: 28/04/2021

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		00-03725832-4		שרעבי דמאיו אבי	
יוסף	05/03/1979	ז	42.02	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
שם האב	ת. לידה	מין	גיל	מס זהות	שם משפחה ושם פרטי
50 - 5746376	50 - 5746376	6	6	צפריר	תל אביב - ישוב
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	רחוב		

שעת התאונה: 16:30

תאריך תאונה: 18/04/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובתו: מוסדות חינוך

אבחנות	קוד	איפיון	אבחנה
CONTUSION	9249	rt foot	

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 28/04/2021 עד יום 07/05/2021 (בכלל) סה"כ 10 ימים

28/04/2021

28/04/2021

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

רן דורון

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיזעדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

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

ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת (ק) - יחידה
טלפון: 03-6974000 פקס: 074-7219804

ת.ז.: 3725832-4

שם: שרעבי אבי

טלפון: 050-5746376

כתובת: צפריר 6 תל אביב - יפו 6712326

מין: ז

גיל: 42 ש

מקרה: 40136682

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: טומוגרפיה ממוחשבת - יחידה

בדיקות שבוצעו

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
04/05/2021	18:22	CT כף רגל\אצבעות, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

לפי הפניית הרופא המטפל

שאלה לבירור

לפי הפניית הרופא המטפל

שם רנטגנאי

אבאזאנסקי אלברט

תיאור הבדיקה והמצאים

פרטים קליניים:

בן 42, חבלה לכף רגל ימין ב- 18 באפריל. בצילום שבר בסיס מטטרסוס. רגישות בבסיסי מטה-טרסוס 2-3.

טכניקה:

נעשתה סריקה של קרסוליים וכפות רגליים עם חתכים דקים ללא הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי. בוצעו שיחזורים קורונליים וסגייטלים.

ממצאים:

ימין:

שבר קטן בסיס מטטרסוס 4 ללא מעורבות של המשטח המפרקי וללא תזוזה (סדרה 20298, תמונה 64). ללא שברים נוספים בכף הרגל.

סודי רפואי ממצאי בדיקה טומוגרפיה ממוחשבת (ק)-יחידה - המשך
שם: שרעבי אבי ת.ז.: 3725832-4 מקרה: 40136682

שמאל:
ללא קו שבר או תפיחות רקמות רכות.

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

שם הרופא המפענח	מ.ר.ר	מ.ת.ח	תאריך פענוח	שעת פענוח
דר. סדובניק עפר	1-33619	1-33619	06/05/2021	14:07

תאריך הקלדה: 06/05/2021

09/05/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-03725832-4	42.02	ז	05/03/1979	יוסף
שם האב	מס זהות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב - צפיר	6	6	50	50	50 - 5746376
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

18/04/2021 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 09/05/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021
בן 42
ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס
1. בהסתכלות לא ברור.
09/05/2021
בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן
בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה
טיפול ב WALKING BOOT

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021
כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור
זה ללא נפיחות.
09/05/2021

קוד	איפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/04/2021
BOOT פלסטי
CT
ההפניות שהופקו ב 28/04/2021
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT כף רגל
09/05/2021

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

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
113	08/05/2021	08/06/2021	הודפס

סיכום והמלצות: פיזיותרפיה
-הליכה וניידות לפי יכולת ובאופן הדרגתי
בכל מקרה של החמרה יד לפנות לטיפול רפואי

בברכה,

108090

ד"ר קירסטין הוסם הוים

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



09/05/2021 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-03725832-4	42.02	ז	05/03/1979	יוסף
מס זהות	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
תל אביב - צפיר	6	50	5746376	50	5746376 - 50
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 18/04/2021

מספר הפניה:	מספר הפניה	גורם שולח
33288298756	33288298756	3288
תז נבדק	תז נבדק	תז נבדק
37258324	37258324	37258324
רשיון רפא	רשיון רפא	רשיון רפא
108090	108090	108090

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

FRACTURE METATARSal

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021
בן 42
ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס 1. בהסתכלות לא ברור.
09/05/2021
בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן
בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה
טיפול WALKING BOOT

בעיות פעילות

מ.גילוי	אפיון	בעיה
01/01/1996		SMOKER
01/07/2004		LIVER ENZYMES ELEVATED
01/07/2004	AB POSITIVE	HEPATITIS B
01/07/2004		THALASSEMIA MINOR
01/04/2008	RECCURENT	VERTIGO POSITIONAL
18/04/2021	Base 1st RT	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

7 ה.ר.ו

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 100	1	טבליות	1	ביום
ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG	1	טבליות	1	ביום

ממצאים קליניים בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021:
 כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור
 זה ללא נפיחות.
 09/05/2021

מטרת הבדיקה: חזוק שרירים לאחר שבר 4 מטטרסוס ימין

ד"ר קירסטין הוסם היום	108090	חתימה נחותמת הרופא
שם הרופא	מספר רשיון	

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



תאריך 09/05/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל						
שם משפחה ושם פרטי		00-03725832-4		ז	42.02	05/03/1979
שם זהות		גיל		מין		ת.לידה
שם האב		יוסף				
תל אביב -		צפיר		6		50 - 5746376
ישוב		רחוב		מס בית		טלפון
				טלפון נוסף		50 - 5746376

תאריך תאונה: 18/04/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

ד"ר קירסטין הוסם היום
חותימה וחזותות הרופא של השרות הרפואי המוסמך

מיום 08/05/2021 עד יום 08/06/2021 (בכלל) סה"כ 32 ימים

09/05/2021

ת. הבדיקה

09/05/2021

תאריך מתן התעודה

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 09/06/2021

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת. לידה	יוסף	שם האב
שרעבי דמאיו אבי	צפיר	00-03725832-4	42.03	6	05/03/1979	50 - 5746376	50 - 5746376
תל אביב - ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

תאריך תאונה: 18/04/2021

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנה	איפיון	קוד
FRACTURE METATARSAL	4 RT	825

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

ד"ר קירסטין הוסם היום
מחוז: מרכז מקצועי - תל אביב
03-7622300
אבן גבירול, 124
108090

מיום 09/06/2021 עד יום 09/07/2021 (בכלל)
תאריך מתן התעודה 09/06/2021
ת. הבדיקה 09/06/2021

חתימה וחזותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חזותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

18/08/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי	00-03725832-4	42.05	ז	05/03/1979	יוסף
שם האב	שם האב	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
תל אביב -	צפיר	6		50 - 5746376	50 - 5746376
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

18/04/2021

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288337486

תז נבדק



37258324

מספר רשיון



108090

לכבוד: מכון אורתופדי

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021:

בן 42

ב 18/4/21 בעבודה נתבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרסוס

1. בהסתכלות לא ברור.

09/05/2021:

בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן

בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה

טיפול WALKING BOOT

09/06/2021

עדיין כאבים

עם חבישה אלסטית

בטיפול בפיזיותרפיה

18/08/2021

עדיין כאבים ונפיחות קל

ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 09/06/2021

בדיקה גופנית מתאריך 09/05/2021

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021

כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור

זה ללא נפיחות.

09/05/2021
09/06/2021
METATASUS 4 ברגישות
18/08/2021
METATASUS 4 ברגישות

דיון/תוכנית טיפולית

09/06/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
09/05/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
28/04/2021 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך
BOOT פלסטי
CT

ההפניות שהופקו ב 28/04/2021
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - CT קף רגל
09/05/2021
ההפניות שהופקו ב 09/05/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
09/06/2021
18/08/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ.גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1996		SMOKER
01/07/2004		LIVER ENZYMES ELEVATED
01/07/2004	AB POSITIVE	HEPATITIS B
01/07/2004		THALASSEMIA MINOR
01/04/2008	RECCURENT	VERTIGO POSITIONAL
18/04/2021	Base 1st RT	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 100
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT

108090

ד"ר קירסטין הוסם היום

מספר רשיון

מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT
מטרת ההפניה: MALLEOTRAIN RT

18/08/2021 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל					
שם משפחה ושם פרטי					
00-03725832-4					
גיל					
42.05					
ז					
05/03/1979					
יולדה					
שם האב					
50 - 5746376					
טלפון נוסף					
50 - 5746376					
טלפון					
מס זרות					
6					
מס בית					
צפריר					
רחוב					
תל אביב -					
ישוב					

18/04/2021

תאריך תאונה

2 תאונת עבודה

סוג תאונה

גורם שולח



3288

מספר הפניה



033288337487

תז נבדק



37258324

מספר רשיון



108090

לכבוד: מכון אורתופדי

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
9249	rt foot	CONTUSION
825	4 RT	FRACTURE METATARSAL

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021:

בן 42

ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענח כשבר בסיס מטטרוסוס

1. בהסתכלות לא בחר.

09/05/2021:

בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן

בבסיס מטטרוסוס 4 ללא תזוזה

טיפול WALKING BOOT

09/06/2021:

עדיין כאבים

עם חבישה אלסטית

בטיפול בפיזיותרפיה

18/08/2021:

עדיין כאבים ונפיחות קל

מצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 09/06/2021:

בדיקה גופנית מתאריך 09/05/2021:

בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021:

כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור

זה ללא נפיחות.

09/05/2021
09/06/2021
METATASUS 4ב רגישות
18/08/2021
METATASUS 4ב רגישות

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/06/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/05/2021
דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/04/2021
BOOT פלסטי
CT

ההפניות שהופקו ב 28/04/2021
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT כף רגל
09/05/2021
ההפניות שהופקו ב 09/05/2021
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב
09/06/2021
18/08/2021

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

מ גילוי	איפיון	בעיה
01/01/1996		SMOKER
01/07/2004		LIVER ENZYMES ELEVATED
01/07/2004	AB POSITIVE	HEPATITIS B
01/07/2004		THALASSEMIA MINOR
01/04/2008	RECCURENT	VERTIGO POSITIONAL
18/04/2021	Base 1st RT	FRACTURE METATARSAL(S) CLOSED

תרופות קבועות

... ב	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	CYANOCOBALAMIN SUBLINGUAL TAB 100
ביום	1	טבליות	1	ESCITALOPRAM TAB 10MG 10MG

הערה: ממליצה מדרסים בהתאמה אישית

ד"ר קירסטין הוסם היום

108090

מספר רשיון

מספר רשיון 108090
מספר רשיון 108090
מספר רשיון 108090

18/08/2021 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
שם המטופל	00-03725832-4	42.05	ז	05/03/1979	יוסף
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.ל.ידה	שם האב
תל אביב - צפיר	6	6	מ	50 - 5746376	50 - 5746376
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

18/04/2021 תאריך תאונה

2 תאונת עבודה סוג תאונה

שלום רב,

תאריך הביקור: 18/08/2021
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 18/04/2021

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/06/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 09/05/2021
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 28/04/2021
בן 42
ב 18/4/21 בעבודה נחבל בגב כף רגל ימין. צילום פוענה כשבר בסיס מטטרסוס
1. בהסתכלות לא ברור.
09/05/2021
בוצע CT של כף רגל ימין: FRACTURE 4 METATARSUS - שבר קטן
בבסיס מטטרסוס 4 ללא תזוזה
טיפול ב WALKING BOOT
09/06/2021
עדיין כאבים
עם חבישה אלסטית
בטיפול בפיזיותרפיה
18/08/2021
עדיין כאבים ו נפיחות קל

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 09/06/2021
בדיקה גופנית מתאריך 09/05/2021
בדיקה גופנית מתאריך 28/04/2021
כף רגל ימין- רגישות גבית טרסאלית בעיקר באזור בסיס 2-3. מניע. פרט לאזור
זה ללא נפיחות.
09/05/2021
09/06/2021
רגישות ב METATARSUS 4
18/08/2021
רגישות ב METATARSUS 4

אבחנה	איפיון	קוד
CONTUSION	rt foot	9249
FRACTURE METATARSAL	4 RT	825

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/06/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/05/2021

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 28/04/2021

BOOT פלסטי

CT

ההפניות שהופקו ב 28/04/2021

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - , הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT כף רגל

09/05/2021

ההפניות שהופקו ב 09/05/2021

הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב

09/06/2021

18/08/2021

הפניות	פרטי החפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי	MALLEOTRAIN RT	H138		הודפס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי		H138		הודפס

סיכום והמלצות: פעילות ועבודה לפי יכולת וכאבים

מדרסים לפי מידה

בכל מקרה של החמרה יד לפנות לטיפול רפואי

בברכה,

108090

ד"ר קירסטין הוסם היום

חתימה וחוקתמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מאגן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***
מס' רשיון 060901-1
ד"ר קירסטין הוסם