

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.

5/7/22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נפגעי עבודה
אשדוד
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: יוסף אזולאי, ת.ז. 024255036
תאונה מיום 20/2/2022

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים, אישור מעביד ותלושי שכר.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

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

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

נא ציין את מספר תעודת זהות 02 4255036 ותאריך הפגיעה 20/2/22 עמוד 1 מתוך 10

0 1 סוג המסמך דפים מס' זהות / דרכון										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) <u>024255036</u>		שם פרטי <u>יוסי</u>	שם משפחה <u>אשכנזי</u>
תאריך עלייה שנה חודש יום		תאריך לידה שנה חודש יום	מספר אישי בצה"ל שנה חודש יום
מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☒ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה בציבור			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
<u>רחוב תל אביב</u>	<u>38</u>		<u>1</u>
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		<u>@</u>	
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	
		<u>024255036</u>	
☐ 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

20/2/22

024255036 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

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
מין החוקר יקותי		מזרי גחנ		טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	מח' 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	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	טלפון נייד	
☐ שב"ס	☐ משא"ז	מס' פקס	
☐ משטרה	☐ אחר		
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
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.			

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
		14:45	ראשון	20/2/22 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 מספ), נא פרט נפלן וס כליה
הפגעה שצד התלפזר ונפגעה

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

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד
20/2/22 שנה חודש יום		

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

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
מרן	דבר	יגן וקיסין לנס
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		20/2/22 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
		שבה טופלתי או אני מטופל	

20/2/22

024255036 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

סיוע בהגשת התביעה

5

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

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

שם הגוף המייצג או המסייע: אור ארז חברת

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
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו			
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	פרטי הנהג	5
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' תביעה נגד שם העו"ד המטפל			7
כתובתו			
טלפון			
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר			
מס' תיק אזרחי			

7

פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין

- ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
- ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר נזיקין כלי רכב
- ☐ 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 _____

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

נזיקין כלי רכב

עד תאריך		מתאריך		עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

☐ שהיתי
בעסק/
בעבודתי

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

_____ עד שעה: _____

_____ עבודה במשמרות

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.

חתימת התובע * אחיהל ויס

תאריך 7/7/22

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: "יפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

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 שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

א/א 156 א/א יוסף א/א ר'ס

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
90N	מלון סקולדה	42	159447

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני 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 1/7/22 חתימת מקבל התשלום x

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

עמוד 10 מתוך 10

20/2/22

ותאריך הפגיעה

024255036

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

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	024255036	20022022
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
אליהו	יוסי	
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 1/2/22 חתימת המבוטח x

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>יחיאל</u>	שם פרטי <u>יוסי</u>	תעודת זהות <u>024255036</u>	שם האב _____
רחוב <u>רד קזר 7/5/22</u>	מס' <u>38/1</u>	עיר <u>ירושלם</u>	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 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 וויתור 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: 1/7/22 עד לחתימה ומס' ת.ז. יחיאל פרינברג חתימה: יחיאל פרינברג X

מס' רשמי: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____ 16/5/16
ת.ז. מס' _____ 024235031, מרחוב _____ 13/11/16
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____ 20/2/12
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.

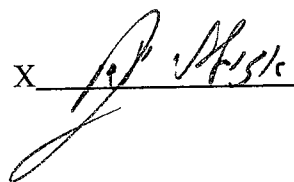
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, 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 _____ לחודש _____ שנה _____ 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

~~עו"ד חתומה מרינה
מסי רשיון: 62254~~

פרטי המעסיק

שם מעסיק	מע"ן החינוך החורני
כתובת מעסיק	כנפי נעורים 7 ירושלים 00000
תיק ח.ה.	943051458
תיק ב.ל.	943051458
מספר חברה	465
ח.פ.	580121952

פרטים אישיים

שם עובד/ת	אזולאי יוסף
ת.ז.	024255036
בנק	046 - מסד
סניף	162 - חולון
חשבון בנק	159447
מספר עובד/ת	1705

לכבוד : אזולאי יוסף
דוד בוזגלו 38
אשדוד

ת.ז. 024255036
 חודש: דצמבר 2021
 מחלקה: 514174

תלוש משכורת חודש

דצמבר 2021

ריכוז התשלומים והניכויים בש"ח - בתלוש זה

סה"כ תשלומים	סה"כ ניכוי חובה	סה"כ ניכוי גמל	נמו לפני ניכויים אחרים	סה"כ ניכויים אחרים	נמו שלילי	נמו לתשלום
11,466.94	1,300.91	1,253.24	8,912.79			8,912.79

תשלומים

יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור	הפרשים	מסכם חודשי
								ת.שקלית 2016		543.33
								הסכם מסגרת 87		174.48
					5.00			גמול תנאי		364.19
					6.00			תוספת הכשרה		437.03
				24.75				גמול השתלמות		2,163.28
				200.00				החזר גלפון		48.60
								שכר משולב		6,207.57
								תגבור 94		156.90
					3.00			תוספת שכר 2001		186.23
					4.81			תוספת שכר 2008		307.54
					6.35			תוספת שכר 2011		425.54
	202111	202111		-1.00		הפ		נסיעות מחושב יומי	-75.00	270.00
				18.00				נסיעות מחושב		208.50
								חודשי מ		67.50
	202111	202111		3.25		הפ		נסיעות בתפקיד	-18.75	
								סה"כ תשלומים	-93.75	11,560.69

ניכוי העסקה

998/000	ורג דרגה
	תאור חדוה
	דרג/דרגה
	הוראה
1/09/95	תחילת עבודה
22.00	ת.י עבודה
195.50	ת.שעות עבודה
5,300.00	ש.מין חודש
29.12	ש.חיל שעה
1,691.21	ברוטו קצבה
10,966.09	ברוטו קה"ש
27.00	דרגת תוראה
	ותם בחוראה

ניכוי מס/עוד

נשוי	מצב משפחתי
2.25	נקודות זכו
5,886.00	ערך ג.זכו
31.00	אחוז שולי
	סוג חשבה
	ביטוח לאומי
	מס הכנסה
	ע.בן זוג
22/02/89	תאריך לידה
52.11	גיל

ניכוי חובה

מס הכנסה	463.00	ביטוח לאומי	391.40	מס בריאות	457.75
הפרשי מס הכנסה		הפרשי ביטוח לאומי	-6.56	הפרשי מס בריאות	-4.68
				סה"כ ניכוי חובה	1,300.91

ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש

מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	פיצויים	גמל	אי חשור	ניכוי עובד
7	הבינלאומי				10,966.09		921.15		460.58
24	מגדל יותר 10%	202111	202111	14080930	9,869.48	822.13	493.47		690.86
44	כלל גמל				594.60	-4.69	29.73		-4.69
44	כלל גמל				1,096.61	91.35	82.25		29.73
73	מיטב דש פנסיה								76.76
									1,253.24

סה"כ ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש

אחוזים לגמל והפרשות

מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	פיצויים	גמל	אי חשור	ניכוי עובד
7	הבינלאומי						8.40		4.20
24	מגדל יותר 10%			14080930		8.33	5.00		7.00
44	כלל גמל						5.00		5.00
73	מיטב דש פנסיה						7.50		7.00

חשבות לחודש

מיום	עד יום	מוסד	שם מוסד	פיצול	שם פיצול	ש.הוראה במוסד יסודי רגיל	בטיט	ש"ש
1	31	514174	ת"ת בני ציון	270			24	22.00

העדרויות

מוסד	פיצול	מ-	עד	סוג	תיאור
514174	9999	15/11/2021	16/11/2021	2011	הצהרת מחלה
514174	9999	17/11/2021	18/11/2021	2010	מחלה עם אישור רפואי
514174	9999	21/11/2021	29/11/2021	2010	מחלה עם אישור רפואי

מקדמים/שעות

הנתון	חסכום
מקדם משרה כללי	100,000
מקדם הבראה	40,000
שעות עבודה	96,000
שעות עבודה בפעל	96,000

עמוד 2 חקור 2 עמודים

תלום משכורת חודש
שם המעסיק
שם העובד/ת
דצמבר 2021
מעין החינוך החרדי
אחזלאי יוסף ת.ז. 24255036

לא תשלים

יתרה	זכ	חשבון	ק	סמל	תיאור	הפרשים	סכום חודשי
2020.00			הפ	380	הפרשים עד תיקרה	-93.75	
2020.00			הפ	381	הפרשי בטוח לאומי	-6.56	
2020.00			הפ	382	הפרשי מס בריאות	-4.68	
				5393	זכאות מחלה		3.00

זכאיות

חופשה		מחלה		הבראה	
ימית פתיחה			187.49		
זכאות חודשית			3.00		
ניצול שופך			1.26		
ניצול מצטבר			566.77		
יתרה חדשה			183.23		

חצטבר'י גמל/קה"ש

סוג	בטיס לתישוב	יכיו עובד/ת	הפרשות מעסיק	אובדן כושר	פיצויים
קרן השתלמות	166,348.28	7,111.85	14,223.69		
פנסיה	26,058.95	1,838.02	1,932.63		1,575.78
גמל תגמולים	164,711.05	11,917.55	8,512.56	4,256.25	14,181.94

חידות מס

[illegible]

פרטי המעסיק		פרטים אישיים	
שם מעסיק	מע"ן החינוך התורני	שם עובד/ת	אזולאי יוסף
כתובת מעסיק	כנפי נשרים 7 ירושלים 00000	ת.ז.	024255036
חיק מ.ה.	943051458	בנק	046 - מסד
תיק ב.ל.	943051458	סניף	162 - חולון
מספר חברה	465	חשבון בנק	159447
ח.ב.	580121952	מספר עובד/ת	1705

לכבוד : אזולאי יוסף דוד בוזגלו 38 אשדוד ,

ת.ז.: 024255036
חודש: ינואר 2022
מחלקה: 514174

תלוש משכורת חודש

ינואר 2022

סה"כ תשלומים	סה"כ ניכויי חובה	סה"כ ניכויי גמל	נמו לפני ניכויים אחרים	סה"כ ניכויים אחרים	נמו שלי	נמו לתשלום
17,159.98	3,717.79	1,709.55	11,732.64			11,732.64

תשלומים						
יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק
5017						
5023						
5029				5.00		
5031				10.00		
5032						
5039				24.75		
5047				20.00		
5049						
5053				200.00		
5067				6.00		
5501						
5502						
5503				3.00		
5504				4.81		
5505				6.35		
5905				22.00		
5905				22.00		
5909				5.50		
סה"כ תשלומים	3,644.95	13,515.03				

זכויות העסקה	
998/000	דיוג דרגה
הוראה	תאור דרוג
הוראה	דיוג/דרגה
1/09/95	תחילת עבודה
22.00	ת.ימי עבודה
178.50	ת.שעות עבודה
5,300.00	ש.מיני חודש
29.12	ש.מיני שעה
1,954.14	ברזון קצבה
11,257.44	ברזון קה"ש
27.00	זיוג הוראה
	נפק בהוראה

נתוני מס/עזר	
נשוי	חצב משפחתי
2,25	נקודות זכויות
502.00	ערך נ.זכויות
31.00	אחוז שולי
מלאה	סוג משמרה
חיוב	ביטוח לאומי
תייב	מס הכנסה
עובד/ת	ע.בן זוג
22/02/89	תאריך לידה
53.00	גל

זכויות למס						
יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק
97.92						
97.92						

ניכויי חובה			
מס הכנסה	2,185.00	מס בריאות	560.36
הפרשי מס הכנסה		הפרשי מס בריאות	182.23
סה"כ ניכויי חובה	3,717.79		

ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש						
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק
7	הבינלאומי	202109	202112			אי כושר
7	הבינלאומי	202109	202112			גמל
24	מגדל יותר 10%	202109	202112	14080920	11,257.44	פיצויים
24	מגדל יותר 10%	202109	202112	14080920	11,560.89	אי כושר
44	כלל גמל	202109	202112	14080920	669.60	גמל
73	מיטב דש פנסיה	202109	202112	14080920	1,284.54	אי כושר
73	מיטב דש פנסיה	202109	202112	14080920	1,284.54	גמל
סה"כ ניכוי/הפרשה לגמל וקה"ש	1,709.55					

אחוזים לגמל והפרשות						
מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק
7	הבינלאומי					אי כושר
24	מגדל יותר 10%					גמל
44	כלל גמל					פיצויים
73	מיטב דש פנסיה					אי כושר
סה"כ ניכוי עובד	7.00					גמל

נתונים מצטברים	
הסכום	הנתון
17,159.98	תשלומים
97.92	שוי קה"ש
17,257.90	חיוב מ.מ.מ.מ.מ.
2,185.00	מס ה.מ.מ.מ.מ.
17,257.90	ח.ב.ל.חודשי
17,257.90	ח.ב.ל.מ.מ.מ.מ.
790.20	כ.ל.מ.מ.מ.מ.
742.59	מ.ב.מ.מ.מ.מ.
97.93	ברזון 47
11,560.89	ברזון תגמולי
742.07	הפ.תגמולים
1,038.90	נכוי תגמולים
1,954.14	ברזון קצבה
157.14	הפ.קצבה
148.92	ניכוי קצבה
11,257.44	ברזון קה"ש
1,043.54	הפרשה קה"ש
521.73	ניכוי קה"ש
371.03	א.בושר חודשי
371.03	א.בושר מצטבר

מקדמים / שעות	
הסכום	הנתון
100.000	מקדם קשרה כלי
50.000	מקדם הבראה
98.000	שעות עבודה
98.000	שעות עבודה בפעל

עמוד 2 מתוך 2 עמודים

תלוש מעבורת חודש	ינואר 2022
שם המעסיק	מעין החינוך החרדי
שם העובד/ת	אזולאי יוסף ת.ז. 24255036

יתרה	ק-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סבל	תיאור	הפרשים	סכום חודשי
2021.00						הפ	380	הפרשים עד תיקרה	3,644.95	
2021.00						הפ	381	הפרשי במוח לאומי	255.14	
2021.00						הפ	382	הפרשי מס בריאות	182.23	
							5393	זכאות מחלה		3.00

הנחון	הסכום
שעות גיל	2,000

זכאיות	חופשה	מחלה	הבראה
יתרת פתיחה		183.23	
זכאות חודשית		3.00	
ניצול שוטף		566.77	
ניצול מצטבר		186.23	
יתרה חדשה			

סוג	בסיס לחישוב	יבוי עובד/ת	הפרשת מעסיק	אובדן כושר	פיצויים
קרי השתלמות	11,257.44	521.73	1,043.54		
פנסיה	1,954.14	148.92	157.14		137.36
גמל חגמלים	11,560.89	1,038.90	742.07	371.03	1,236.27

יוני	יולי	אוגוסט	ספטמבר	אוקטובר	נובמבר	דצמבר	סה"כ יחידות מס
							25

פרטי החשבי		פרטים אישיים	
שם מעסיק	מעין החינוך התורני	שם עובד/ת	אזולאי יוסף
מחובת מעסיק	כנפי נשירים ל ירושלים 00000	ת.ז.	024255036
תיק מ.ה.	943051458	בנק	046 - מסד
תיק ב.ל.	943051458	סניף	162 - חולון
מספר חברה	465	חשבון בנק	159447
פ.ח.	580121952	מספר עובד/ת	1705

לכבוד : אזולאי יוסף דוד בוזגלו 38 אשדוד ,

ת.ז. 024255036
חודש: פברואר 2022
אקד: 0 מחלקת: 514174

תלוש משכורת חודש

פברואר 2022

סה"כ תשלומים	סה"כ ניכויי חובה	סה"כ ניכויי גמל	נמו לפני ניכויים אחרים	סה"כ ניכויים אחרים	נמו שלי	נמו לתשלום
31,269.83	10,541.82	3,465.65	17,262.36			17,262.36

יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור	הפרשים	סכום חודשי
	202109	202201					5017	ת.שקלית 2016	829.10	709.15
	202109	202201					5023	הסכם מסגרת 87	266.25	227.73
	202109	202201			5.00		5029	גמול תואר	555.75	475.34
	202109	202201			10.00		5031	תוספת חינוך		778.38
	202109	202201					5039	גמול השתלמות	3,301.20	2,823.52
	202109	202201					5053	החזר טלפון		48.60
	202109	202201			6.00		5057	גמול ריכוז		437.03
	202109	202201					5501	שכר משולב	9,472.75	8,102.12
	202109	202201					5502	תגבור 94	239.45	204.79
	202109	202201			3.00		5503	תוספת שכר 2001	284.15	243.06
	202109	202201			4.81		5504	תוספת שכר 2008	469.30	401.40
	202109	202201			6.35		5505	תוספת שכר 2011	649.35	555.41
	202109	202201					5905	נסיעות מחושב יומי	-75.00	105.00
	202109	202201					5905	נסיעות מחושב		208.50
	202109	202201					5905	נסיעות בתפקיד	-18.75	26.25
	202109	202201			0.50		5909	נסיעות בתפקיד		15,296.28
	202109	202201						סה"כ תשלומים	15,973.55	15,296.28

תאריך העסקה	דריג ודרגה
998/000	תאור דריג
202109	דרגה/דרגה
202109	דרגה/דרגה
1/09/95	תחילת עבודה
22.00	ת. ימי עבודה
170.00	ת. שעות עבודה
5,300.00	ש. מיני חודש
29.12	ש. מיני יועה
1,879.14	ברוטו קצבה
14,470.90	ברוטו קה"ש
27.00	דרגת הוראה
27.00	תקן בהוראה

יתרה	מ-	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור	הפרשים	סכום חודשי
							97	ק. השתלמות לצורך		1,079.73
								סה"כ זקיפות לחס		1,079.73

תאריך תום/תחילת	מצב משפחתי
נשוי	מצב משפחתי
2.25	נקודות זיכוי
1,004.00	ערך נ זיכוי
35.00	אחוז שולי
מלאה	סוג משרה
חייב	ביטוח לאומי
חייב	מס הונאה
עובד/ת	ע. בן זוג
22/02/69	תאריך לידה
53.01	גיל

מס הכנסה	מס הכנסה	מס הכנסה	מס הכנסה
7,198.00	ביטוח לאומי	728.47	מס בריאות
	הפרשי ביטוח לאומי	1,110.16	הפרשי מס בריאות
			סה"כ ניכויי חובה
			10,541.82

נוספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
7	הביטוח לאומי	202109	202201		14,470.90	1,349.66	674.85
7	הביטוח לאומי	202109	202201		14,470.90	1,215.56	607.78
24	מגדל יותר 10%	202109	202201	14080930	13,417.14	1,204.57	1,012.25
24	מגדל יותר 10%	202109	202201	14080930	13,417.14	670.86	939.20
44	כלל גמל	202109	202201		388.35	-4.69	-4.69
44	כלל גמל	202109	202201		388.35	19.42	19.42
73	מיטב דש פנסיה	202109	202201		1,490.79	120.50	112.48
73	מיטב דש פנסיה	202109	202201		1,490.79	111.81	104.36
							3,465.65

הנתון	הסכום
תשלומים	48,429.81
שוי קה"ש	1,177.65
חיוב מ.מ.מ.מ.מ.	49,607.46
מס ה. מ.מ.מ.מ.	9,383.00
ח. ב.ל. חודשי	32,349.56
ח. ב.ל. מ.מ.מ.מ.	49,607.46
ח. ב.ל. מ.מ.מ.מ.	2,636.83
ח. ב.ל. מ.מ.מ.מ.	2,239.78
ברוטו 47	1,177.66
ברוטו חגמולי	27,870.14
ה.פ.ח.מ.מ.מ.	2,135.97
נכוי חגמולים	2,990.35
ברוטו קצבה	4,060.88
ה.פ. קצבה	404.18
ניכוי קצבה	380.49
ברוטו קה"ש	28,941.80
הפרשה קה"ש	3,608.78
ניכוי קה"ש	1,604.36
א.בושר חודשי	696.96
א.בושר מ.מ.מ.מ.	1,067.99

מספר קופה	שם הקופה	מ-	עד	מספר חשבון	בסיס לחישוב	הפקדות מעסיק	ניכוי עובד
7	הביטוח לאומי	202109	202201		14,470.90	1,349.66	674.85
24	מגדל יותר 10%	202109	202201	14080930	13,417.14	1,204.57	1,012.25
44	כלל גמל	202109	202201		388.35	-4.69	-4.69
44	כלל גמל	202109	202201		388.35	19.42	19.42
73	מיטב דש פנסיה	202109	202201		1,490.79	120.50	112.48
73	מיטב דש פנסיה	202109	202201		1,490.79	111.81	104.36

הנתון	הסכום
הקדם משרה כללי	130,520
הקדם הבראה	60,000
שעות עבודה	120,000
שעות עבודה בפעל	42,000

משרות לחודש	תחולה
שעות	
שבתות	

עמוד 2 מתוך 2 עמודים

תלוש משכורת חודש	פברואר 2022
שם המעסיק	מעין החינוך התורני
שם העובד/ת	אזולאי יוסף ת.ז. 24255036

השורות לצוודש - המשך

שעות שבועיות	שעות	תחילה	מיום	עד יום	מוסד	שם מוסד	פיצול	שם פיצול	שם מוסד	שעות גיל
1	28	514174	ת"ת בני ציון	270	ש.חולאה במוסד יסודי רגיל	24	30.00	24	30.00	2.000

מוסד	תפקיד	שבת/מס כיתות	מורכבות
ת"ת בני צי	מחנך	5	מורכבות
ת"ת בני צי	מרכז מקצוע	0	

הערות

מוסד	פיצול	ח-נ	עד-ס	סוג	תיאור
514174	9999	23/01/2022	25/01/2022	2010	מחלה עם אישור רפואי
514174	9999	30/01/2022	18/02/2022	2010	מחלה עם אישור רפואי

לא לשלום

יתרה	ח-נ	עד	תעריף	כמות	אחוז	ק	סמל	תיאור	הפרשים	סכום חודשי
2021.00						הפ	380	הפרשים עד תיקרה	15,973.55	
2021.00						הפ	381	הפרשי בטוח לאומי	1,118.16	
2021.00						הפ	382	הפרשי מס בריאות	798.68	
							5392	ניצול ימי מחלה	13.00	
							5393	זכאות מחלה	3.00	

זכאויות

תופעה	מחלה	הבראה
יתרת פתיחה	186.23	
זכאות חודשית	3.00	
ניצול שוטף	17.82	
ניצול מצטבר	584.59	
יתרה חדשה	171.41	

מצטבר גמל/קה"ש

סוג	בסיס לחישוב	ניכוי עובד/ת	הפרשת מעסיק	אובדן כושר	ניצויים
קרן השתלמות	28,941.80	1,804.36	3,608.76		
פנסיה	4,060.88	380.49	404.18		395.37
גמל תגמולים	27,870.14	2,990.35	2,135.97	1,067.99	3,558.49

יחידות מס

ינואר	פברואר	מרץ	אפריל	מאי	יוני	יולי	אוגוסט	ספטמבר	אוקטובר	נובמבר	דצמבר	סה"כ יחידות מס
25	25											50

הודעות

להלן שם המשתמש והסיסמא שלך לפורטל החדש של רשת "בני יוסף".

סיסמא זו הינה אישית ולא ניתנת להעברה.

כתובת הפורטל www.eduil.org/maayanשם משתמש - yosef.azulay@maayan.eduil.org - סיסמא - 14F\$ky3P

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה			
שנה	חודש	יום	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מונחין 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 כ/21 הקיים באתר האינטרנט".

1. פרטי המועד

שם המועד/המפעל/הקבוץ/המועצה: מדינת ישראל
מס' בית: 7
רחוב/תא דואר: ירושלים
טלפון קו: 02-6587777
טלפון פקס: 02-6587751
מספר ונייט: 9430545800
נייד: 052-4255036
מספר זהות/דרכון: 91906
מספר זהות/דרכון: 08-8562269
מספר זהות/דרכון: 0556780790

2. פרטי המועד

שם משפחה: ישראל
שם פרטי: דניאל
מס' בית: 2
רחוב/תא דואר: ירושלים
טלפון קו: 0556780790
מספר זהות/דרכון: 91906
מספר זהות/דרכון: 08-8562269
מספר זהות/דרכון: 0556780790

3. פרטי המועד

שם משפחה: ישראל
שם פרטי: דניאל
מס' בית: 2
רחוב/תא דואר: ירושלים
טלפון קו: 0556780790
מספר זהות/דרכון: 91906
מספר זהות/דרכון: 08-8562269
מספר זהות/דרכון: 0556780790

4. פרטי המועד

שם משפחה: ישראל
שם פרטי: דניאל
מס' בית: 2
רחוב/תא דואר: ירושלים
טלפון קו: 0556780790
מספר זהות/דרכון: 91906
מספר זהות/דרכון: 08-8562269
מספר זהות/דרכון: 0556780790



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה

5. פרטי המועד

שם משפחה: ישראל
שם פרטי: דניאל
מס' בית: 2
רחוב/תא דואר: ירושלים
טלפון קו: 0556780790
מספר זהות/דרכון: 91906
מספר זהות/דרכון: 08-8562269
מספר זהות/דרכון: 0556780790

טופס זה מחסל בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



תלמוד תורה בני-ציון בת-ים

ס"ד

רח' בור-אילן 73 בת-ים מיקוד 59672 טל. 03-5524462, 03-5312053, 03-5519438

ד' ניסן תשפ"ב
05 אפריל 2022
document (C:\Users\user\Desktop)

תאריך:

מספרנו:

לכבוד
מעין החינוך התורני

הנדון: פגיעה בזמן עבודה – אזולאי יוסף

הריני להודיעכם בזה כי המורה אזולאי יוסף ת.ז. 024255036 עובד במוסדנו ת"ת בני ציון סמל מוסד 514174, בתאריך 20.2.2022 בזמן שיעור התעמלות בשעה השביעית בשעה 14:45 עם תלמידי כתה ה' הרב עשה תנועה לא נכונה ומעד ונפגע בקרסול דגל שמאל.

העצם נסדקה בתחתית הקרסול והיו צריכים לגבס את הרגל לאחר צילום.

בכבוד רב,

שלמה נוי
מנהל ביה"ס

18:07 ,20.2.2022

TEREM Discharge

טיפול רפואי מיידי מרפאת אשדוד רדמ - רפואה דחופה מיזמים ש.ר. 540249760 רחוב חנה סג 1
אשדוד 7737920 הנהלת: ת.ד. 36005 ירושלים 91360 טל: 520-520-1599

רשת מרכזים לרפואה דחופה
Emergency Medical Centers



צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: מכה ברגל. פרוט:מכה/חבלה ברגל	תיק מס': 214599	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 610243	תאריך ביקור Visit Date: 16:03 20/02/2022
--	--------------------	-----------------------------	----------------------	--

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במתלה!

הרופא והמטפל במרפאת טרם ד"ר. אנדריי אבילביץ'	שם: יוסף אזולאי Name: יוסף אזולאי תז: ID: 024255036	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: כללית
---	---	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0556770790 אימיל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx calcaneus, Observation following accident at work	
Pulse: 110, O2sat: 96, BP: 158/92 (other vitals may be on scanned chart) , Repeat Pulse was: 90	
Date Of Birth: 22/02/1969 Age: 53 years	
הסטוריה / אנמנזה רפואית: לפני זמן קצר בעבודתו עיקם כף רגל ימין מאז חש כאבים בדיקה גופנית: רגישות באזור עקב אזור קלקנא-קובואי NV שמור ROM תקין מושקל	
CORONA SCREENING : currently Covid19 Negative, vaccinated twice, Did NOT have Corona	
מהלך ודיון: צילום שבר קלקנאוס טופל בסד גבס הומלץ מנוחה, משככי כאבים לפי הצורך המושך מעקב רופא מטפל בקופ"ח בכל מקרה החמרה לפנות לעזרה רפואית	
רפואה שלמה יש לעיין גם בגליון הביקור הסיום	
Tests done (results scanned on actual chart)	בדיקות שביצעו במהלך הביקור (תוצאות נוספות במתלה)
Cast	צילומים שבוצעו: כף רגל ימין <<< עקב שמאל <<<

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובות פעמח הרדיוולוג ב- www.terem.com

18:07, 20.2.2022

TEREM Discharge

יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Procedures & Treatments done at Visit

פרוצדורות וטיפולים שנעשו במהלך הביקור (כולל טיפול תרופתי)

Cast Posterior Foot Splint-Right

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

על פי בדיקת הרופא במרפאת טרם אובחן כי אתה סובל משבר באחת או יותר מהעצמות.
ניתן להקל על הכאב על ידי גטילת משככי כאבים וחבישת גבס לפי הצורך.

יש לפנות לאורתופד בקופת חולים תוך שלושה ימים לצורך המשך הטיפול.
יש לחזור למרפאת טרם במידה והכאב חזק או שהיך מרגיש לחץ מהגבס.

בבדיקת במרפאתנו על ידי רופא טרם וניתנו לך אבחנה והוראות להמשך טיפול.
הביקור במרפאתנו לצורך טיפול בבעיה רפואית חריפה, אינו מהווה ותחליף למעקב רפואי וקבלת טיפול כולל ומלא. האבחנה והטיפול נקבעו על סמך הסימנים והנתונים שנראו בעת הביקור. אין להניח סימנים של החמרה במהלך!

לעיתים סימני מחלה עלולים להשתנות ולהתפתח במשך הזמן ולכן דרוש ביקור נוסף אצל רופא המשפחה להמשך בירור וטיפול, שיתכן וישתנה כל החמרה או שינוי לרעה במצבך, מצריכים בדיקה רפואית נוספת אצל רופא המשפחה, או אצלנו.
הטיפול המומלץ כתוב בגיליון הרפואי שהעתיקו ביתן לך, אלא הקפד למלא את הוראות הרופא.
יש לאיין כי לא בכל מקרה ניתנות תרופות, ובמקרים רבים ההחלמה אורכת זמן. יש לציית להוראות הרופא, ובאותו זמן להיות עירני להתפתחויות במידה ונעשה לך צילום רנטגן, הוא ינתן לך יחד עם הוראות השחרור של הרופא. כל הצילומים בטרם ממוחשבים ועוברים, תוך יממה, פענוח נוסף על ידי רופא רדיולוג מומחה. כמו כן ניתנות לך הוראות למציאת פענוח הצילום הסופי באתר האינטרנט של טרם.

גבס נועד להחזיק את השבר במקומו, להגן על האיזור ולמנוע תנועה על מנת לזרז את תהליך הריפוי ולהקל על הכאב.
הוראות טיפול בגפה מגובסות:

- הפחתת נפיחות- שים קרח עטוף בשקית או בקבוק מים קרים ישירות על הגבס, בדיוק מעל מקום השבר. יש לחזור על פעולה זו במהלך היומיים הראשונים שלאחר הפציעה פעמיים או שלוש, כל פעם למשך 30-60 דקות.
- הרמת הגפה הפגועה:

1. ידי: השתמש במנשא במהלך היום וכרית במהלך הלילה
2. רגל: השתמש בכרית, לפחות למשך שלושת הימים הראשונים לאחר הפציעה.

על מנת להתרחץ - יש לעסוף את הגבס בשקית על מנת לחשאי אותו ובש גבס מקרה להמנע מהכנסתו למים.

יש לגשת באופן מיידי לחדר מיון במידה ומופיעה אחת התופעות הבאות:

1. כאב עד שלא שוכך, אפילו לאחר גטילת משככי כאבים כגון אקמול.
2. נפיחות באזור החשוף של הגפה (אצבעות, כף יד, כף רגל)
3. איבוד תחושה או תחושת עקצוץ באצבעות כף היד או כף הרגל.
4. ירידה בחום של האצבעות

מעקב עם אורתופד בעוד 2 ימים

קובץ זה נחתם דיגיטלית על ידי דר. אנדריי אבילוביץ' מ.ר. 128932

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה. חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם. טרם אינה אחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל. אם את/ה נזקק/ת בקושי בקביעת ביקורת כומומלץ, עליך להיבדק על ידי רופא המשפחה, או לחזור לטרם

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח.

תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותופעות עדיניות, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

נסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

18:07, 20.2.2022

TERMIN Discharges

TERESA Ashdod
RADAM - URGENT CARE INITIATIVES ..
REGISTERED PARTNERSHIP 540249750
HANA SENESH STREET 1 ASHDOD 7737920



טלפון: 052-5102497
 דרך: רחוב דלתות מלאכים
 ש.ר. 5102497
 רחוב חנה 1 אשדוד 7737920

214593

610243

41515# 20/02/2022

16:03

နယ်ပယ်

חזר	קופ"ח כללית חפא חסות/הקב"ה	יוסף אדולף	שם	RR	%SaO2	T(bin)
		ה' 53 שנים	ה' 024255036		96%	
		אשרה	מחנות דוד בחצור 86			
	מכה/הבלה ברזל	0556770790 תל	טל בית	B/P	לח"ד	דופק/
				158/92		110 סדיר

AS 363415 09/04/18 Pain, RT lat.
finger, XRT.

לחפא: מתי תחלת לבדוק תחילה?

16:09:42

הקצתו: עדין בן-אבן

Allergies: NONE

In TEREM: Ibuprofen 400
PO as tablet
NUROFEN jna

ר' עקיב, ר' גל

No tests ordered

No treatments ordered

100-243 774
2002-2012 12-45-41 100-100
8-90-1000
100-1000 100
100-1000 100
100-1000 100
100-1000 100

Cast Posterior Foot
Splint Right

ביתנו והמלאכה שנתנו
מצות / חוב / יצא / החקיר

הבית המדרש

တရားရုံးချုပ်

פִּימָה בְּאֵזְבִּילִים.

הַיְּהוּדִים לְעַמּוּתָם

ឆ្នាំ ២០១២

במקרה של חמורה
יש לחזור !!

אני תאשר טמאפרי הסלקון וא-מיל
שחולת מילדים, ולרוב יתן ליצור אית
קשר ליצור הטובות בשאית ומתוך (אין
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שגון
יעיל אכן רואי בהתם

... חגיגות חולות:



מסמך זה מכיל חידע מוגן הרשום במאגר הידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסדר שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כד"ן עובר עבירה

TEREM Ashdod
RADAM - URGENT CARE INITIATIVES
REGISTERED PARTNERSHIP 540249760



טיפול רפואי מידי מרפאת אשדוד
רדמ - רפואה דחופה מיזמים
ש.ר. 540249760

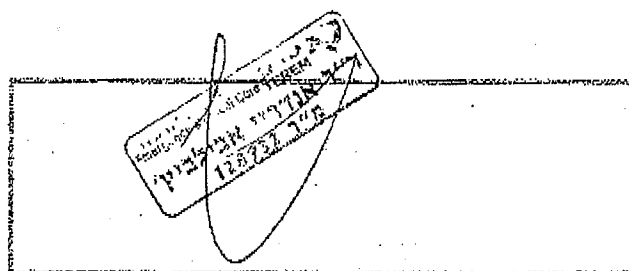
טופס חופש מחלה

תאריך ביקור 20/02/2022

שם יוסף אזולאי

תז 024255036

ימי חופש מחלה 5



חותמת וחתימה

הרופא/ה המטפל/ת אנדריי אבילביץ'

רשיון 128932

האבחנה וסיבת מתן ימי מחלה מופיעים בתיק הרפואי שניתן למטופל



מכון CT

הנדון: אזולאי, יוסף, ת.ז: 024255036 תאריך לידה: 22/02/1969

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 02/03/2022

בוצע CT קרסול וכף רגל שמאל ללא חזקה.
הפניה - בירור כאבים.
ממצאים:
מפרק הקרסול והמפרק התת טלרי במראה תקין, ללא נוזל יתר תוך מפרקי.
אייסדיות קלה של עצם העקב באזור האחז של פאציה פלנטרית ככל הנראה שבר תלישה קורטיקלי, עיבוי של פציה פלנטרית באזור זה.
דובר אחורי.
שבר ישן בזיז הקדמי של עצם העקב.
גיד אכילס בגידים חוצה קרסול ללא ממצא חריג.
ATFL המשנית ולא כואב.
לסיכום: שבר באזור האחז של הפציה פלנטרית לקלקטאוס.

בברכה,
ד"ר ברקוביץ ליאור
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 137099

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,
רפאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל המגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00

כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה ינתן לפניות של רופאים בלבד!



שם הרופא: ד"ר אהוד גמליאלי
תחום: אורתופדיה
מספר רישיון: 126121
כתובת: צה"ל 1, אשדוד
טלפון: 08-8549666
פקס: 08-8549615

מחוז:מרכז מרפאה:מרכז רפואי אשדוד

תאריך: 23/02/2022

הפניה לדימות

פרטי המטופל		00-02425503-6		53.00		22/02/1969		אלי	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		ת. לידה		שם האב	
רבי דוד בוזגלו		38 / 1		38		08 - 8562269		8 - 8562269	
רחוב		מס בית		טלפון		טלפון		טלפון נוסף	
אשדוד		ישב							

תאריך תאונה: 20/02/2022

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33085790728

גורם שולח



3085

מספר הפניה



033085790728

תז נבדק



24255036

רישיון רופא



126121

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

לכבוד: CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	ט.מ. CT קרסול	10404060

המטופל מתלונן על בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרום שם אובחן ברוויזית צילומים אינן רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים קטן עם סד גבס אחורי

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
8251	LT	FRACTURE CALCANEUS OPEN

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

23/02/2022

הנדפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אזולאי יוסף



שם הרופא	ד"ר אהוד גמליאלי
נתחם	אורתופדיה
מספר רשיון	126121
כתובת	צה"ל, 1, אשדוד
טלפון	08-8549666
פקס	08-8549615
מרפאה:מרכז רפואי אשדוד	מחוז:מרכז

תאריך 23/02/2022

ס'כום ב' קור

פרטי המטופל		אזולאי יוסף	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
שם האב	22/02/1969	53.00	אלי
ת.לידה	מין	גיל	מס זהות
8562269 - 8	08 8562269	38 / 1	רבי דוד בוזגלו
טלפון נוסף	טלפון	מס בית	אשרוד
			ישוב

תאריך תאונה 20/02/2022

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/02/2022

תאריך תאונה: 20/02/2022

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תלויות/סיבת הפניה: בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה
ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן
ברוחיות צילומים איני רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
כעת עם סד גבס אחורי

קוד	איפיון	אבחנה
8251	LT	FRACTURE CALCANEUS OPEN

הפניה לדימות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
	78073-0.0 מ. CT קריסול	H3		הודפס

[illegible]

תאונה	נר"ן	ת. אישור	טיפול מחזורי	עין	נרופה
					ROKACET PLUS CAP (D) CF

מסמס	עד תאריך	מתאריך	קוד	אישור
הודפס	15/03/2022	26/02/2022	11	אישור מחלה

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך

CT קרסול שמאל
ביקורת אורטופד לאחר CT
מעקב רופא משפחה
ללא דריכה
בכל מקרה של החמרה יש ל

בברכה,

2 מ 1.77

*****המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

סיכום ביקור

23/02/2022

00-02425503-6 הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

אדולף יוסי

126121

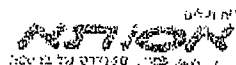
ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מס' רשיון: 126121
 חתימה: ד"ר אהוד גמליאלי
 תאריך: 23/02/2022



מכון CT

הנרשן: אזולאי, יוסף, ת.ז: 024255036 תאריך לידה: 22/02/1969

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 02/03/2022

בוצע CT קרסול וכף רגל שמאל ללא הזרקה.
הפניה - בירור כאבים.
ממצאים:
מפרק הקרסול והמפרק התת טלרי במראה נורמלי, ללא נוזל יתר תוך מפרקי.
אייסדירות קלה של עצם העקב באזור האחד של פאציה פלנטרית ככל הנראה שבר תלישה קורטיקלי, עיבוי של פציה פלנטרית באזור זה.
דובר אחורי.
שבר ישן בדיז ווקדמי של עצם העקב.
גיד אכילס בגידים חוצה קרסול ללא ממצא חריג.
ATFL המשכית ולא כואב.
לסיכום: שבר באזור האחד של הפציה פלנטרית לקלנאוס.

בברכה,
ד"ר ברקוביץ ליאור
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 137099

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד, קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות ונוצאות הבדיקה. במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד. בכל נושא אחר, אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444
רופא נכבד, רופאי מכון הדימוט באסותא עומדים לשירותך בכל המגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00 כמו כן ניתן לפנות באמצעות: דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il פקס 03-7645229 המענה "נותן לפניות של רופאים בלבד!"



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז רפואי אשדוד מחוז:מרכז

תאריך 16/03/2022

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל		אזולאי יוסף	
שם משפחה ושם פרטי	מס זרות	53.01	00-02425503-6
שם האב	ת.ל.יד	מין	גיל
רבי דוד בוזגלו	08-8562269	38 / 1	מס בית
אשדוד	טלפון	טלפון	מס בית
ישוב	טלפון	טלפון	מס בית

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 20/02/2022

גורם שולח



3085

מספר הפניה



033085795688

תז נבדק



24255036

מספר רשיון



126121

לכבוד: אחות

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
8250	LT	FRACTURE CALCANEUS CLOSED

תלונות בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה
ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן
ברווזית צילומים איני חאה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
נעת עם סד גבס אחורי
16/3/22
הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל
שבר באזור האחד של הפציה פלנטרית לקלקנאוס

מטרת ההפניה: בבקשה לחדש חבישה לסד גבס בקרסול שמאל

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

מספר רשיון

שם הרופא

החתימה וחוקמת הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה כללית - נוסח חופשי

16/03/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

זולאי יוסף

CT קרסול שמאל בחשד לשבר קלקנאוס

הערות:

05/12/2021 מתאריך CREATININE:1.02

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

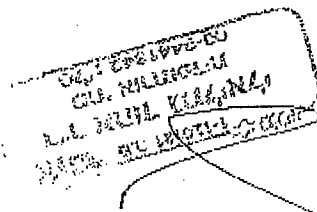
חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



דף 2 מ 2

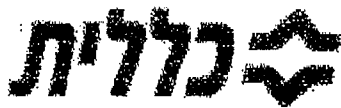
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

23/02/2022

הודפס על ידי ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

הפניה לדימות

אדולאי יוסף



שם הרופא: ד"ר אהוד גמליאלי
 תחום: אורתופדיה
 מספר רשיון: 126121
 כתובת: צה"ל, 1, אשדוד
 טלפון: 08-8549866
 פקס: 08-8549615
 מרפאה: מרכז רפואי אשדוד
 מחוז: מרכז

16/03/2022 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.01	ז	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אשדוד	רבי דוד בוגלו	38 / 1		08-8562269	8 - 8562269
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

20/02/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 16/03/2022
 סוג ביקור: 2 תאונת עבודה
 מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 20/02/2022

תלונות/סיבת הפניה: בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן ברוויזית צילומים איני רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים כעת עם סד גבס אחורי
 16/3/22
 הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל:
 שבר באזור האוזן של הפציה פלנטרית לקלקנאוס

קוד	איפיון	אבחנה
8250	LT	FRACTURE CALCANEUS CLOSED

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי - נוסח חופשי	בבקשה לחדש חבישה לסד גבס בקרסול	H138		הודפס
הפניה לדימום	78218-צילום קרסול שמאל	H3		הודפס

אישור	קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
אישור מחלה	11	16/03/2022	30/03/2022	הודפס

סיכום והמלצות: משכני כאבים לפי הצורך
 עדיין ללא דריכה
 ביקורת בעוד 3 שבועות + צילום
 מעקב רופא משפחה
 בכל מקרה של החמרה יש להבדק ע"י רופא

בברכה,

ד"ר אהוד גמליאלי
 מרפאה אורתופדית
 מרכז רפואי אשדוד

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

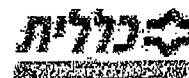
סיכום ביקור

16/03/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

אזולאי יוסף



הזמנה

שם הלקוח:	יוסף אזולאי	מספר זהות:	2425503-6
מועד הביקור:	16/03/22 יום ד' י"ג אדר ב תשפ"ב	שעה:	08:10
שם הרופא:	גמליאלי אהוד	מקצוע:	אורתופדיה מיון
מרפאה:	מרכז מקצועי אשדוד	טלפון:	08-8549666
כתובת:	צה"ל 1, אשדוד		
אוטובוסים:	5, 8		

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

לא קיימות הנחיות

תאריך הדפסה: 23/02/2022 12:09:35

א/ר תופד עם פיענוח מכתב



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כונות
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז רפואי אשדוד מחוז:מרכז

06/04/2022 תאריך

הפניה כללית - נוסח חופשי

פרטי המטופל	אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.01	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבי דוד בוזגלו	38 / 1	08 - 8562269	08 - 8562269	8 - 8562269	טלפון נוסף
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

גורם שולח



3085

מספר הפניה



033085800155

תז נבדק



24255036

מספר רשיון



126121

לכבוד: אביזרי אוטרופדיה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
8250	LT	FRACTURE CALCANEUS CLOSED

תלונות

בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה
ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן
ברווזית צילומים אינו רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
נעת עם סד גבס אחורי
16/3/22
הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל:
שבר באזור האחז של הפציה פלנטרית לקלקנאוס
8/4/22
הגיע לביקורת בשל שבר באחז של פאציה פלנטרית של קלקנאוס- אובחן ב
CT
עדין מעט כאבים.

מטרת ההפניה: זקוק ל WALKING BOOT לרגל שמאל

126121

מספר רשיון

ד"ר אהוד גמליאלי

שם הרופא

חתימת הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

פניה כללית - נוסח חופשי

06/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

זולאי יוסף



שם הרופא: ד"ר אהוד גמליאלי
 תחום: אורתופדיה
 מספר רישיון: 126121
 כנונית: צה"ל, 1, אשדוד
 טלפון: 08-8549686
 פקס: 08-8549615
 מרפאה: מרכז רפואי אשדוד מחוז: מרכז

06/04/2022 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל					
אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.01	ז	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זכות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
אשדוד	רבי דוד בוגלו	38 / 1		08-8562269	8 - 8562269
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

שלום רב,

תאריך הביקור: 06/04/2022

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבות הפניה: בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לסרם שם אובחן ברזוזית צילומים איני רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים כעת עם סד גבס אחורי

16/3/22
 הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל: שבר באזור האוזן של הפציה פלנטרית לקלקנאוס

6/4/22
 הגיע לביקורת בשל שבר באוזן של פאציה פלנטרית של קלקנאוס- אובחן ב CT

עדיין מעט כאבים.
 צילום קרסול: שבר ללא תזוזה

קוד	איפיון	אבחנה
8250	LT	FRACTURE CALCANEUS CLOSED

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות	סטטוס
טופס הפניה כללי - טסת חופשי	זקוק ל WALKING BOOT לרגל שמאל	H138		הודפס

סיכום והמלצות: משכני כאבים לפי הצורך
 מעבר ל WALKING BOOT

התחלת דריכה חלקית

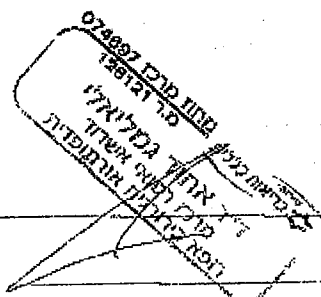
ביקורת בעוד שבועיים

בכל מקרה של החמרה יש להבדק ע"י רופא

בברכה,

126121

ד"ר אהוד גמליאלי



דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

06/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

אזולאי יוסף



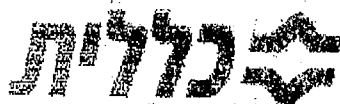
הזמנה

שם הלקוח:	יוסף אזולאי	מספר זהות:	2425503-6
מועד הביקור:	06/04/22 יום ד' ה' ניסן ותשפ"ב	שעה:	08:30
שם הרופא:	גמליאלי אהוד	מקצוע:	אורתופדיה מיון
מרפאה:	מרכז מקצועי אשדוד	טלפון:	08-8549666
כתובת:	צה"ל 1, אשדוד		
אוטובוסים:	5, 8		

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

לא קיימות הנחיות

תאריך הדפסה: 16/03/2022 08:31:13



שם הרופא: ד"ר אהוד גמליאל
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 126121
כתובת: צ"ל 1, אשדוד
טלפון: 08-8549666
פקס: 08-8549615

מחוז:מרכז מרפאה:מרכז רפואי אשדוד

תאריך: 27/04/2022

הפניה לדימום

פרטי המטופל					
אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.02	ז	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבי דוד בוגלן	38 / 1	38	ז	08 - 8562269	8 - 8562269
אשדוד	מס' בית	מס' בית		טלפון	טלפון נוסף
ישוב					

מספר הפניה ישירה: 33085803324

גורם שולח



3085

מספר הפניה



033085803324

זה נבדק



24255036

רשיון רופא



126121

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.
לגשים בלבד!
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא הנפגע לבדיקה זאת הצטננו הנבצע במקום הרנטגן והדימות.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזניק תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: CT

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור רפואי	שירות רפואי
78073	L1039	CT קרסול	10404060

המטופל מתלונן על:

תלונת/ סיבת הפניה מתאריך 06/04/2022:
בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה
ביצע תנועה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן.
ברחיצת צילומים איני רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
כעת עם סד גבס אחורי
16/3/22
הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל;
שבר באזור האחד של הפציה פלנטרית לקלקנאוס
6/4/22
הגיע לביקורת בשל שבר בוחז של פאציה פלנטרית של קלקנאוס- אובחן ב
CT.
עדיין מעט כאבים.
צילום קרסול: שבר ללא תנועה
27/04/2022
הגיע לביקורת בשל שבר קלקנאוס משמאל
עדיין כאבים וקושי בהליכה.

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימום

27/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאל 00-02425503-6

אזולאי יוסף

אבחנה משוערת		
אבחנה	איפיון	קוד
FRACTURE CALCANEUS CLOSED	LT	8250

דיון/תוכנית טיפולית

06/04/2022 והפניות שהופקו ב

טופס הפניה כללי - נוסח חוקי - זקוק ל WALKING BOOT לראל שמאל

27/04/2022

CT קרסול משמאל

הערות:

05/12/2021 CREATININE: 1.02 מתאריך

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

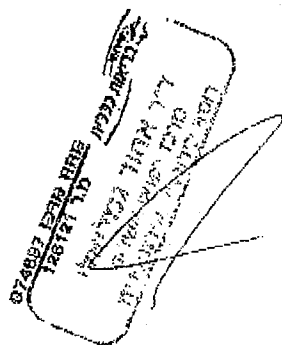
חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית



דף 2 מ 2

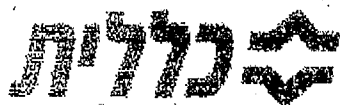
המסמך מכיל מידע מזווגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימום

27/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אדולאי יוסף



28.10.22
2010

ד"ר אהוד גמליאלי

אורתופדיה

126121

צה"ל, 1, אשדוד

08-8549666

08-8549615

מחוז:מרכז

מרפאה:מרכז רפואי אשדוד

שם הרופא

תחום

מספר רשיון

כתובת

טלפון

פקס

27/04/2022 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

אזולאי יוסף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז	ת	22/02/1969	אלי
אשדוד	רבי דוד בוזגלו	38 / 1	מס בית	טלפון	08	8562269	8
ישוב	רחוב			טלפון	08	8562269	טלפון נוסף

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/04/2022

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/04/2022

בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה
ביצע תנוחה חדשה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן
ברוידיז צילומים איני ראה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
כעת עם סד גבס אחורי

16/3/22

הגיע לביקורת לאחר CT בחושך לשבר קלקנאוס משמאל:

שבר באזור האחז של הפציה פלנטרית לקלקנאוס

6/4/22

הגיע לביקורת בשל שבר באחז של פאציה פלנטרית של קלקנאוס- אובחן ב CT

עדיין מעט כאבים

צילום קרסול: שבר ללא תזוזה

27/04/2022

הגיע לביקורת בשל שבר קלקנאוס משמאל

עדיין כאבים וקושי בהליכה

קוד	איפיון	אבחנה
8250	LT	FRACTURE CALCANEUS CLOSED

דין/תוכנית טיפולית:

ההפניות שהופקו ב 06/04/2022

טופס הפניה כללי - טופס חופשי - זקוק ל WALKING BOOT לרגל שמאל

27/04/2022

הפניות	פרטי ההפניה	קוד	התחייבות סטטוס
הפניה לדימוות	CT קרסול	H3	הודפס

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מזגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

27/04/2022

הורפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

אזולאי יוסף

CT קרסול שמאל
מעקב רופא משפחה
ביקורת אורטופד לאחר CT
בכל מקרה של החמרה יש להבדק ע"י רופא

בברכה,

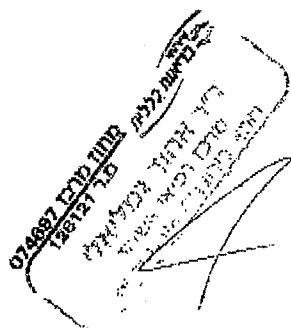
126121

ד"ר אחוד גמליאלי

חתימה וחוממת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא





הזמנה

מספר זהות: 2425503-6
 שעה: 08:30
 מקצוע: אורתופדיה מיון
 טלפון: 08-8549666

שם הלקוח: יוסף אזולאי
 מועד הביקור: 27/04/22 יום ד' כ"ו ניסן תשפ"ב
 שם הרופא: גמליאלי אהוד
 מרפאה: מרכז מקצועי אשדוד
 כתובת: צה"ל 1, אשדוד
 אוטובוסים: 5, 8

הנחיות: אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

לא קיימות הנחיות

תאריך הדפסה: 06/04/2022 08:40:00

מכון CT

הנדון: אזולאי, יוסף, ת.ז. 024255036 תאריך לידה: 22/02/1969

דר' נכבד/ה,

הבדיקה בוצעה בתאריך: 04/05/2022

להלן ממצאי סריקה טומוגרפית ממוחשבת של קרסול וכף רגל שמאל:
הבדיקה בוצעה בחתכים אקסיאליים עם שחזורים במישורים קורונליים וסג'טליים, ללא הזרקת חומר ניגוד.

סיבת הבדיקה: מעקב לאחר שבר בעצם העקב.

בוצעה השוואה לבדיקת CT הקודמת מתאריך: 2.3.2022.

ממצאים:

לא ניתן לזהות בבירור שבר באספקט פלגטרי של עצם העקב כעת.
הודגמו דורבנים פלגטרי ואחורי של עצם העקב.
הודגם מצב לאחר איתוי שבר של זיז קדמי של עצם העקב.
יש עדות לעיבוי ניכר של הפסציה פלגטרית מקורבת - ממליץ על השלמת בירור ע"י US מכון.
לא הודגמו שברים או ממצאים פוקאליים חשודים בשאר העצמות.
פסגת הטלס הודגמה שמורה.
המשטחים הפרקיים הטיביו-טלרי והסוב-טלריים הודגמו שמורה.
מהלך גידים רוצי הקרסול הודגם שמור.

סיכום: כמתואר.

בברכה,
ד"ר גוטמן ולידגור
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מר 34827

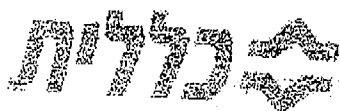
הוקלד על ידי: משה נחמיה

מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולו לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,
אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:00.
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד



ד"ר אהוד גמליאל

אורתופדיה

126121

צה"ל, 1, אשדוד

08-8549688

08-8549615

מחוז: מרכז

מרפאה: מרכז רפואי אשדוד

שם הרופא

תחום

מספר רשיון

כתובת

טלפון

פקס

26/05/2022 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל	00-02425503-6	53.03	22/02/1969	אלי
אזולאי יוסף	מס דחיות	גיל	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון מסר
רבי דוד בוזגלו	38 / 1	055-8770790	055-8770790	8562289 - 8
אשדוד	מס בית	טלפון	טלפון	טלפון מסר
ישוב	רחוב			

שלום רב,

26/05/2022 תאריך הביקור:

0 ביקור רגיל סוג ביקור:

רגיל מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 27/04/2022

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/04/2022

בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה

ביצע תנוחה חדשה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן

ברווזית צילומים איני רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים

כעת עם סד גבס אחורי

16/3/22

הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל:

שבר באזור האחז של הפציה פלנטרית לקלקנאוס

6/4/22

הגיע לביקורת בשל שבר באחז של פאציה פלנטרית של קלקנאוס - אובחן ב

CT

עדיין מעט כאבים

צילום קרסול: שבר ללא תזוזה

27/04/2022

הגיע לביקורת בשל שבר קלקנאוס משמאל

עדיין כאבים וקושי בהליכה

26/05/2022

הגיע לביקורת לאחר CT קרסול שמאל:

חשש להיבור שבר

דורבנים קטנים, עיבוי פאטסיה פלנטרית

אבחנה
ACTURE CALCANEUS CLOSED
איפיון
LT
קוד
8250

דין/תוכנית טיפולית:

דין/תוכנית טיפולית מתאריך 27/04/2022

החפניות שהופקו ב 06/04/2022

סופס הפניה כללי - נוסח חופשי - דקוק ל WALKING BOOT לרגל שמאל

27/04/2022

דף 1 ג

המסמך מהיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

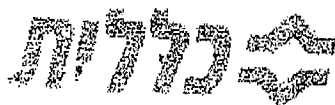
26/05/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאל

00-02425503-6

סיכום ביקור

אזולאי יוסף



שם הרופא: ד"ר אחוד גמליאל
תחום: אורתופדיה
מספר רשיון: 126121
כתובת: אה"ל, 1, אשדוד
טלפון: 08-8549666
פקס: 08-8549615

תאריך: 26/05/2022

מחוז: מרכז

מרפאה: מרכז רפואי אשדוד

הפניה לדימונת

פרטי המטופל	00-02425503-6	53.03	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מסמכות	גיל	ת. לידה	שם האב
אשדוד	מס בית	38 / 1	055 - 6770790	8 - 8562269
רבי דוד בוזגלו	מס בית	38 / 1	טלפון	טלפון בוסף
רחוב				

מספר הפניה ישירה: 33085808033

גורם שולח



3085

מספר הפניה



033085808033

תז נבדק



24255036

רשיון רופא



126121

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימונת 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 ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימונת.
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: US

שירות	קוד	קוד	שירות שנבחר
רפואי	1525	1510122	קוד משה"ב
10405017			US קרסול שמאל L1028 78003
10405047			US כף רגל שמאל L1028 78003

המטופל מתלונן על:
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 27/04/2022
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 06/04/2022
בזמן אימון ספורט ב- 20/2 בזמן העבודה
ביצע תנוחה חדשה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרט שם אובחן
ברווזית צילומים אינר רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
כעת עם סד גבס אחורי
16/3/22
הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל
שבר באזור האוזן של הפציה פלנטרית לקלקנאוס
6/4/22
הגיע לביקורת בשל שבר באוזן של פאציה פלנטרית של קלקנאוס- אובחן ב
CT.
עדיין מעט כאבים
צילום קרסול: שבר ללא תזוזה
27/04/2022
הגיע לביקורת בשל שבר קלקנאוס משמאל
עדיין כאבים וקושי בהליכה.

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

26/05/2022

הודפס על ידי ד"ר אחוד גמליאל

00-02425503-6

הפניה לדימונת

אזולאי יוסף

26/05/2022

הגיע לביקורת לאחר CT קרסול שמאל:
רושם לחיבור שבר
דורבנים קטנים, עיבוי פאטסיה פלנטארית

אבחנה משוערת		אבחנה	איפיון	קוד
FRACTURE CALCANEUS CLOSED		LT		8250

דיון/תוכנית טיפולית

27/04/2022 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך

ההפניות שהופקו ב 06/04/2022

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - זקוק ל WALKING BOOT לרגל שמאל
27/04/2022

27/04/2022 ההפניות שהופקו ב

הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT קרסול

26/05/2022

05/12/2021 CREATININE: 1.02 מתאריך

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
מפורסמת באתר הכללית

מספר רשיון 126121
חתימה
ד"ר אהוד גמליאלי

דף 2 מ 2

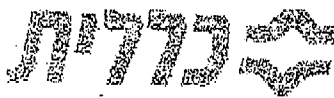
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

26/05/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02426503-6

הפניה לדימות

אחראי יוסף



שם הרופא * ד"ר אהוד גמליאל
 ותחום אורתופדיה
 מספר רשיון 126121
 כתובת צה"ל, 1, אשדוד
 טלפון 08-8549666
 פקס 08-8549615
 מרפאה: מרכז רפואי אשדוד מחוז: מרכז

054-8494819 (אורים)

26/05/2022 תאריך

הפניה לרפואה יעוצת

פרטי המטופל	00-02425503-6	53.03	22/02/1969	אלי
אזולאי יוסף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	ת.לידה	שם האב
אשדוד	רבי דוד בוזגלו	38 / 1	055-8770790	8 - 8562269
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף

מספר הפניה ישירה: 33085808034

גורם שולח



3085

מספר הפניה



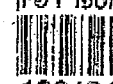
033085808034

תז נבדק



24255036

מספר רשיון



126121

לכבוד: מומחה כף רגל

שירות שנבחר

שירות	קוד	קוד	תיאור רפואי
רפואי	70017	L9249	אורתופדיה כף רגל
6010170			

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 27/04/2022
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 08/04/2022
 בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה
 ביצע תנוחה חדה, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אובחן
 ברויזית צילומים איני רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים
 כעת עם סד גבס אחור
 16/3/22
 הגיע לביקורת לאחר CT בחשד לשבר קלקנאוס משמאל:
 שבר באזור האחז של הפציה פלנטרית לקלקנאוס
 6/4/22
 הגיע לביקורת בשל שבר באחז של פאציה פלנטארית של קלקנאוס- אובחן ב
 CT
 עדיין מעט כאבים.
 צילום קרסול, שבר ללא תזוזה.
 27/04/2022
 הגיע לביקורת בשל שבר קלקנאוס משמאל
 עדיין כאבים וקושי בהליכה.
 26/05/2022
 הגיע לביקורת לאחר CT קרסול שמאל:
 רושם לחיבור שבר

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יעוצת

26/05/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאל

00-02425503-6

אזולאי יוסף

ד"ר בנימין קטנים, עיבוי פאטטיה פלנטארית

אבחנה משוערת	איפיון	קוד
FRACTURE CALCANEUS CLOSED	LT	8250

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 27/04/2022
 ההפניות שהופקו ב 06/04/2022 :
 טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - וקוק ל WALKING BOOT לרגל שמאל
 27/04/2022
 ההפניות שהופקו ב 27/04/2022 :
 הפניה לדימוס - 78073-ט.מ. CT קרטול
 26/05/2022

מטרת הבדיקה: לאחר שבר קלקנאוס, עיבוי פאטטיה פלנטארית משמעותית

נודה לך על חוות דעתך והמלצותך

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חגימה ותזונמת הרופא

מספר רישיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
 פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכלליה על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח
 מפורסמת באתר הכלליה

דף 2 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לרפואה יעוצת

26/05/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

אחזאי יוסף



מספר רישון 32956
טלפון 08-8519400
פקס 08-8519410
מרכז

ד"ר סרגי פינקל
רפואת משפחה
עוזיהו, 4
רובע ג' - אשדוד

וב הרופא
ותום
ותבות
ארפאה

תאריך: 25/05/2022

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	ת.לידה:	מס.בית:
אדולאי יוסף	שם האב: אלי	22/02/1969	38 / 1
מס.זהות: 00024255036	טלפון: 055-6776790	טלפון: 055-6776790	
מס.זרועות:	מס.זרועות:	מס.זרועות:	מס.זרועות:
53.03 מ"ר	75.00 ק"ג	75.00 ק"ג	75.00 ק"ג
גיל:	רצוי דוד בוזגלו	רצוי דוד בוזגלו	רצוי דוד בוזגלו
תאריך תאונה: 20/02/2022	תאריך תאונה: 20/02/2022	תאריך תאונה: 20/02/2022	תאריך תאונה: 20/02/2022

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנות
FRACTURE CALCANEUS CLOSED
אבחנות
LT
8250

טיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

א. איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

ט"כ 90 ימים

(בכלל)

עד יום 20/05/2022

מיום 20/02/2022

25/05/2022

25/05/2022

נח הכריקה

תאריך מתן התעודה:

החלטת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח הלאומי בלבד

דף 1

*** המסמך מכיל מידע נחקן על-פי חוק הגנת הפרטיות ***

25/05/2022

הוריס ע"י ד"ר מרגי פינקל 00024255036

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

32950
08-8519400
08-8519410
מרכז
מספר חשבו
טלפון
פקס
מחזור

ד"ר סרגי פינקל
רפואת משפחה
עוזיהו, 4
רובע ג - אשדוד

תאריך: 25/05/2022

אי שור מחלה

פרטי המטופל: שם משפחה ופרטי: **אזולאי יוסף**
תלידה: **22/02/1969** שם האב: **אלי**
מס בית: **1 / 38** טלפון: **055-6770790**
מס זהות: **00024255036** רחוב: **רבי דוד בוזגלו**
ישוב: **אשדוד** טלפון מסר: **8-8562269**
מחלקה: **אישור מחלה**
המחלקה המוסמכת למחלה זו

העודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 2. תאונת עבודה

DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

ס"ה"כ י"מ מחלה: 6

מעד בכלל

25/05/2022

עד תאריך:

27/05/2022

מומלץ על מנחה מתאריך:

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

*****נחתם דיגיטלית*****

32950

מספר רש"י

ד"ר סרגי פינקל

שם הרופא

חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

197.

25/05/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הולדפס ע"י ז"ר סרג' פינקל

00024255036

אישור מתלה

שם הרופא	ד"ר אחיז גמליאל	מספר רשיון	126121
חלום	אורתופדיה	טלפון	08-8549666
כתובת	צה"ל, 1, אשדוד	פקס	08-8549615
מרפאה	מרכז רפואי אשדוד	מחוז	מרכז

תאריך: 06/06/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אחילאי יוסף	מס דתות:	00024255036	גיל:	53.04
תלמיד:	22/02/1965	ישוב:	אשדוד	רומב:	הרב בודגלו דוד	
מס בית:	38 / 1	טלפון:	055-6770790	טלפון מספר:	8-8562690	

20/02/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה

2 תאונת עבודה

שלום רב,

15/06/2022

תאריך הביקור:

20/02/2022

2 תאונת עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מחלת הביקור:

תלונות/סיבות הפניה:

תלונות/סיבות הפניה מתאריך: 26/05/2022

תלונות/סיבות הפניה מתאריך: 27/04/2022

תלונות/סיבות הפניה מתאריך: 06/04/2022

בזמן אימון ספורט ב 20/2 בזמן העבודה

ביצע תנועה חדר, החלו כאבים בקרסול שמאל, פנה לטרם שם אוכחן

ברווזית צילומים אינן רואה קו שבר ברור אך המטופל סובל מכאבים

כעת עם טרנס אכור

16/3/22

הגיע לביקורת לאחר CT בהשד לשבר קלקאוס משמאל.

שבר באזור האחד של הפציה פלנטרית לקלקאוס

6/4/22

הגיע לביקורת בשל שבר באחד של פאציה פלנטרית של קלקאוס- איבחן ב CT.

עדיין מעט כאבים.

צילום קרסול: שבר ללא תנוחה

27/04/2022

הגיע לביקורת בשל שבר קלקאוס משמאל

עדיין כאבים וקושי בהליכה.

26/05/2022

הגיע לביקורת לאחר CT קרסול שמאל

השם לחיבור שבר

דורבנים קטנים, עיבוי פאנטיה פלנטרית

15/06/2022

הגיע לביקורת לאחר US- ללא פענוח

אבחנה

איפיון

קוד

FRACTURE CALCANEUS CLOSED

LT

8260

דין/תוכנית טיפולית:

דין/תוכנית טיפולית מתאריך: 26/05/2022

דין/תוכנית טיפולית מתאריך: 27/04/2022

ההפניות שהופקו ב 06/04/2022

טופס הפניה כללי - נוסח חופשי - זקוק ל WALKING BOOT לדגל שמאל

27/04/2022

ההפניות שהופקו ב 27/04/2022

הפניה לדימוס - 78073-ט.מ. CT קרסול

26/05/2022

ההפניות שהופקו ב 26/05/2022

הפניה לדימוס - 78003-א.ס. US קרסול שמאל, הפניה לרפואה יועצת - 70017-

אורתופדיה כף רגל

15/06/2022

קוד מיקום

פרטי ההפניה

הפניה

H1 הודסט

70017-אורתופדיה כף רגל

הפניה לרפואה יועצת

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

06/06/2022

הודסט ע"י ד"ר אחיז גמליאל

00024255036

אחילאי יוסף

החפזות שהופקו ב 27/04/2022
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT קרסול
26/05/2022

סטטוס	התחייבות	קוד	פרטי התשלום	הפניות	הפניה לדימות	הפניה לרפואה יעצת
הודפס		H3	US קרסול טמא	78003-א.ט. US קרסול טמא		
הודפס		H1	70017-אנדרטת כף רגל			

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך
US קרסול
ביקורת מומחה כף רגל לאחר US
מעקב רופא משפחה
בכל מקרה של החמרה יש להבדק ע"י רופא
יש להתחיל דריכה מלאה כפי שהומלץ

בברכה,

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחתימת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

החפזות שהופקו ב 27/04/2022
הפניה לדימות - 78073-ט.מ. CT קרסול
26/05/2022

חברות

ETODOLAC 400MG TAB 400MG תרופה
 1 TAB חגשית מנה
 2 D14 28 יחידה
 N 1 P 1 סה"כ משך D פ
 D יחידה

סיכום והמלצות: משככי כאבים לפי הצורך

US קרמל

ביקורת מומחה כף רגל לאחר US

מעקב רופא משפחה

בכל מקרה של החמרה יש להבדוק ע"י רופא

יש להתחיל דריכה מלאה כפי שתומלץ

אנשי דלקות

בברכה,

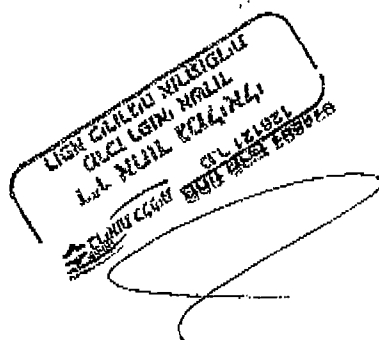
ד"ר אהוד גמליאלי

126121

החתימה והחותמת הרופא

מס' רישון

שם תרופה





מספר רשיון 126121
טלפון 08-8549666
פקס 08-8549615
מחוז מרכז

שם הרופא ד"ר אהוד גמליאלי
תחום אורתופדיה
כתובת צה"ל, 1, אשדוד
מרפאה מרכז רפואי אשדוד

תאריך: 15/06/2022

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	אזולאי יוסף
ת.לידה:	22/02/1969	ישוב אשדוד
מס בית:	38 / 1	טלפון: 055-6770790
מס זהות:	00024255036	גיל: 53.04 מין: ז
רחוב:	הרב בוזגלו דוד	טלפון מסך: 8-8562698

20/02/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ: 79889 79889
 DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מותאמת: 16/06/2022 עד תאריך: 22/06/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 7

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחזותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו תתזמה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

15/06/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00024255036

אישור מחלה

אזולאי יוסף

כללית

3

ד"ר אהוד גמליאלי
אורתופדיה
126121
צה"ל, 1, אשדוד
08-8549686
08-8549615

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס

מורפאה: מרכז רפואי אשדוד מחוז: מרכז

27/04/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל		00-02425503-6		53.02	ז	22/02/1969	אלי
אזולאי יוסף		מס זהות		גיל	מין	ת. לידה	שם האב
שם משפחה ושם פרטי		רבי דוד בוזגלו		35 / 4	08	8562269	8562269
אשדוד		מס בית		טלפון	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף
רחוב		מס בית		טלפון	טלפון	טלפון נוסף	טלפון נוסף

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

אבחנה	איפיון	קוד
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD		79989

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/04/2022 עד תאריך 07/05/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 22

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

27/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אישור מחלה

אזולאי יוסף

מדינת ישראל

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרכז: מרכז רפואי אשדוד
מחוז: מרכז

26/05/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל		אזולאי יוסף	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
רבי דוד בוזגלו	00-02425503-6	53.03	22/02/1969
אשדוד	מס בית	מין	שם האב
ישוב	38 / 1	ז	שם האב
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון מסך
		055-6770790	8562269 - 8

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 08/05/2022 עד תאריך 20/05/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 13

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחותם דיגיטלית

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

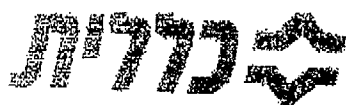
26/05/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי

00-02425503-6

אישור מחלה

אזולאי יוסף



שם הרופא
נתחם
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרכז רפואי אשדוד
מחוז: מרכז

27/04/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל	00-02425503-6	53.02	22/02/1989	אלי
אזולאי יוסף	שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	ת. לידה	שם האב
אשדוד	רבי דוד בחגלו	38 / 1	08-8562269	8 - 8562269
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	טלפון מסך

תעודה ראשונה למחלה זו

בבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	אפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/04/2022 עד תאריך 07/05/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 22

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

החשמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

27/04/2022

הורפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אישור מחלה

אזולאי יוסף



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראאה:מרכז רפואי אשדוד מחוז:מרכז

ד"ר אהוד גמליאלי
אורתופדיה
126121
צה"ל, 1, אשדוד
08-8549666
08-8549615

06/04/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל					
אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.01	ז	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
רבי דוד בוזגלו	38 / 1			08 -8562269	8 - 8562269
אשדוד	מס בית	רחוב	טלפון	טלפון	טלפון נוסף
ישוב					

תעודה ראשונה למחלה זו

גבדיק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 31/03/2022 עד תאריך 15/04/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 16

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר אהוד גמליאלי	126121	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחותמת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

06/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אישור מחלה

אזולאי יוסף



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז רפואי אשדוד מחוז:מרכז

ד"ר אהוד גמליאלי
אורתופדיה
126121
צה"ל, 1, אשדוד
08-8549686
08-8549615

16/03/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל					
אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.01	ז	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם חאב
אשדוד	רבי דוד בוזגלו	38 / 1		08 - 8562269	8 - 8562269
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

20/02/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/03/2022 עד תאריך 30/03/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 15

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר אהוד גמליאלי	126121	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	התימה וחתימת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

16/03/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אזולאי יוסף



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז רפואי אשדוד מחוז:מרכז

23/02/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל		אזולאי יוסף	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת.ל.ד
רבי דוד בוזגלו	00-02425503-6	53.00	22/02/1969
אשדוד	מס בית	מין	שם האב
ישוב	38 / 1	ז	אל
רחוב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
		08-8562269	8 - 8562269

20/02/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנתח מתאריך 26/02/2022 עד תאריך 15/03/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 18

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

126121

ד"ר אהוד גמליאלי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

23/02/2022

חודש ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אישור מחלה

אזולאי יוסף



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה:מרכז רפואי אשדוד מחוז:מרכז

06/04/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל					
אזולאי יוסף	00-02425503-6	53.01	ז	22/02/1969	אלי
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה	שם האב
אשדוד	רבי דוד בוזגלו	38 / 1		08 -8562269	8 - 8562269
ישוב	רחוב	מס בית		טלפון	טלפון נוסף

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ	קוד	איפיון	אבחנה
	79989		DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 20/02/2022 עד תאריך 25/02/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 6

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר אהוד גמליאלי	126121	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחתימת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

06/04/2022

הודפס ע"י ד"ר אהוד גמליאלי 00-02425503-6

אזולאי יוסף

כללית

3

ד"ר אחוד גמליאלי
אורתופדיה
126121
צה"ל, 1, אשדוד
08-8549066
08-8549615

שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מרפאה: מרכז רפואי אשדוד

27/04/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל		00-02425503-6		53.02		22/02/1969		אלי	
שם משפחה ושם פרטי		מס זהות		גיל		ת. לידה		שם האב	
רבי דוד בוזגלו		36 / 1		מס בית		08 - 8562269		8 - 8562269	
אשדוד ישוב		רחוב				טלפון		טלפון ניסף	

תעודת ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

אבחנה		איפיון		קוד	
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD				79989	

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/04/2022 עד תאריך 07/05/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 22

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

126121

ד"ר אחוד גמליאלי

התימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו מתווספת בתוספת אלקטרונית מאובטחת בפתאם להנחיות הכלליות

דף 1 מ 1

27/04/2022

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הודפס על ידי ד"ר אחוד גמליאלי 00-02425503-6

אישור מחלה

אחוד גמליאלי