

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.

28.7.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף רמת גן
רחוב החשמונאים 15, רמת גן

א.ג.נ.,

הנדון : אהרון קשי, ת.ז. 069693612
תאונה מיום 31.3.22

1. מצ"ב טופס תביעה לדמי פגיעה והכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף תעודות רפואיות.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.
*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)				
	69693612	1111	ק"ש	
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	ג.מ.ס.
טלפון	מיקוד	עיר	מס'	רחוב
		ת"ד	17	

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: 27.7.22 עד לחתימה ומס' _____ חתימה: X _____
מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, _____, מס' 69693572, מרחוב _____, נחל בני חרץ,
ת.ז. מס' _____, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה _____ נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום 31.3.22
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

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

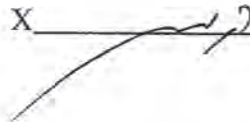
15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 27 לחודש 7 שנה 22

חתימה: X



הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייבליג
מסי רשיון: 62254

עורך-דין

עמוד 1 מתוך 8

69693612

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

פרטי התובע		1
שם משפחה	שם פרטי	
ק"ש	טלפון נייד	
טלפון קווי	דואר אלקטרוני	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)		
069693612		
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
זנה 10	17/6			דן' רח	

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
רחוב / תא דואר	מספר פקס
מס' בית	טלפון נייד
כניסה	דירה
יישוב	מיקוד

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
רחוב / תא דואר	טלפון נייד
מס' בית	כניסה
דירה	יישוב
מיקוד	טלפון פקס

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה | חודש | יום
2022 | 03 | 31

היום בשבוע

חמישי

שעת הפגיעה

18:20

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לביתן

רחמי פיצמן ירושלים

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתן או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט רושק שבין ירחוד

אני 4 כיתה א, הלכתי לרכיב למערה ירחוד כריתון, כשלא רצתי נתקעו רגליי והזכר

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה | חודש | יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4

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

מ' טיפול לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
טקס טריט/טלס תהס	עיר	רמל יגין
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
תהס - טיסס	1	20200310 20200310 שעה יום שנה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?		
☐ לא ☐ כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
		טלפון המרפאה
		שם הרופא
		שם הרופא

5

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 _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל37: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
אך טריט/טלס תהס	טלס תהס/ד, רמל	03-7412358

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☒ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____
☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 כתובת _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

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

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

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

- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים
- ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך
29/05/2024
שנה חודש יום

מתאריך
31/03/2022
שנה חודש יום

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

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

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

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

שעות עבודתי במשך ימי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה _____
☐ עבודה במשמרות

8

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

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה 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 _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
☐ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי			

10

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.

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

תאריך 27.7.22 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב"ס	קרבה לתובע
טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני: @ אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה. אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה ת.ז.			

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה: _____

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

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

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

2. שם _____ ת.ז. _____

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

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

☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

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

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

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

ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

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

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

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

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

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

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לביור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

3

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

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

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת X _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

X חתימת המעסיק וחותמת

(בדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

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	69693672	31/03/2022 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
קש	אפרון	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי 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: 27.7.22 חתימת המבוטח: x

תאריך: 31/03/2022

שעת קבלה: 20:04:53



לצפייה בצילומי הרנטגן והאולטראסאונד יש להיכנס לאתר האינטרנט:

www.teremi.com

יש להזין את הנתונים הבאים:

שם המטופל		אהרון קשי	
מספר ביקור	990 970	הערות	ירך ימין פרק ירך ימין אגן
מספר תיק	421707		
ת.ז.	*****612		
סניף	איכילוב		



הקפד לשמור דף זה.
בהגיעך לרופאך אנא הצטייד בטופס זה.
רק ע"פ נתונים אלו ניתן לצפות
בצילומים / אולטראסאונד ובתוצאות בדיקות

*קיימת אפשרות להגדיל, לשמת בהירות, לסובב וכד' את
הצילומים בזמן צפייה

נשמח לעמוד לשירותכם בכל עת
מרפאות טרם וצוות הדמייה אבחנתית

**זמינות מיידית!**

לחלק מהבדיקות יש לקבוע תור מראש
www.teremi.com 1599-520-520



טרם - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 599-520520
פקס: 722740627

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

תלונה: המשך טיפול	תיק מס': 421707	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 990970	תאריך ביקור Date: 20:04 31/03/2022
----------------------	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	--

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

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר. תרואת עלאוי	Name : אהרון קשי ID: 069693612	נא לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: מכבי
--	---	--

סיכום הביקור:

Contact Info	פרטי קשר
טל נייד: 0546963393 אימייל: אין	
Diagnosis	אבחנה
Fx femur sus	
Pulse: 57, TempC: 36.6 PO, O2sat: 99, BP: 122/65 (other vitals may be on scanned chart)	
Date Of Birth: 01/01/1952 Age: 70 years 2 months	
Injury/Pain Exam: RIGHT HIP : Direct blow to hip, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Cannot walk, Full ROM of hip.	הסטוריה / אנמנזה רפואית: המשך טיפול לתיק מס 990951 השלמת צילומים מדבור בבן 70, התקבל היום עקב חבלה בקרסול ימין ואבחן עם שבר ובוצע סד גבס לפני שחרור ציין כאבים בירך וכנראה נפגע מהנפילה לכן בוצע צילומים חוזרים === בדיקה גופנית: המשך טיפול לתיק מס 990951 השלמת צילומים
CORONA SCREENING : Did NOT have Corona, currently Covid19 Negative, vaccinated twice	=== מהלך ודיון: המשך טיפול לתיק מס 990951 השלמת צילומים צילום ירך ימין/אגן-אין לראות שברים בוצע בדיקת רוולינג שמרשים לחיובי, בליווי אי נשאת משקל כנראה משני לשבר בקרסול אך לא מיתן לשלול שבר בפרק ירך, לכן החולה מופנה לחדר מיון לצורך הערכת רופא אורטופד ולשקול CT יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק
Tests done (results scanned on actual chart)	בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק) צילומים שבוצעו: ירך ימין <<< רק ירך ימין <<< גן <<<

Terem Ichilov - Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1598-520520 Fax: 072-2740627



טרם - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328
0722740627 טל: 1598-520520

שעה: 20:04	תאריך: 31/03/2022	#ביקור: 990970	#חתיק: 421707
RR	%SaO2	T/חום	
	99%	36.6 PO	
שם: אהרון קשי	מז: 069693612	מין: ז	גיל: 70 שנים 2 חדשים
כתובת: מנחם 17	בני ברק	נייד: 0543978776	0546983393
דופק/P	לחץ דם/P	המשך טיפול	קופ"ח מכבי
57 סדיר	122/65		

IC 990951 31/03/22 Malleolus
- Lateral, XR
IC 785557 20/07/19 Otitis externa

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

20:27:30
החולה בלונט יעל קיסוס
Allergies: PENICILLIN
לא זקוק לטיפול נגד סכיזם
יון R, פרק יון R, אגן
No tests ordered
No treatments ordered

אבחנה והסלעות שחרור מצב החולה בשחרור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הכיתה ומעקב בקופ"ח

לביט חולים

פני באמבולנס

חופנה לרפומה

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון נא-מיל
שמסרתי פנימים, ודרכם ניתן ליצור את
קשר ליצור מטרות רפואיות ומחזק (אך
זכות לסרב) ושהרופא המטפל שצוי
לעיל אכן חפאי בקופה

חתימת חולה:

חתימת נחותמת רופא



ד"ר עלאוי תרומות
רופא כללי
מ.ר. 1-164714

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרישום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן

שום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחריות: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור.

69693612 קשי אהרון

בן: 70

כתובת: מנחם 17 בני ברק . בני ברק 5140004
מספר קבלה: 04000131032022
תאריך ביקור: 31/03/2022 21:51

אבחנות מסכמות

- Closed fracture of lateral malleolus [ankle] (824.2) (Right)

רגישות לתרופות

שם התרופה: MOXYPEN cap
תאריך רישום: 31/03/2022

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: חבלה/נפילה

הערות: בן 70, מעד בכביש לפני 4 שעות, נחבל בירך וקרסול ימין. צולם בטרם ונשלח בחשד לשבר בירך

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
22:29 31/03/2022	1				
22:12 31/03/2022			61	121	98
22:11 31/03/2022		36.8		69	

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 22:50 31/03/2022

בן 70 סובל מניוון ברגליים היפותרואיזם לא מטופל במדללי דם עובד בליטוש אבני חן נייד ללא כלי עזר לדבריו 75% נכות ביום קבלתו בדרך חזרה מעבודה מעד נחבל בקרסול ונפל מאז כאבים בקרסול ימין אובחן שבר בטרם הופנה להמשך טיפול בבדיקתו על כסא גלגלים, יורד מתהלך עם נשיאת משקל על רגל ימין, רגל ימין בסד גבס בהורדתו נפיחות ורגישות לטיראלית ללא רגישות מידיאלית, תנועות קרסול טובות, ללא חסר NV דיסטלי. מפרק ירך חופשי לא רגיש ב ER IR. בצילום: שבר Weber A. יציב דריכה על השבר. להמשך טיפול שמרני, משתחרר עם ההמלצות מטה:

המלצות

תאריך ושעה: נושא: נרשם ע"י: פרטים:

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

31/03/2022

23:08

ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217 מנוחה, משככי כאבים קירור מקומי חבישה אלסטית, מעקב
אורטופדי קופ"ח בעוד שבועיים, בהחמרה לפנות לרופא או למיון

Amir Hadija

31/03/2022 23:20:47


חתימה:

Sign

נחתם ע"י: ד"ר חדיג'ה אמיר מ.ר. 136217

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.
תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא יימסרו דרך שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.
להצטרפות חניגם לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.
תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרביית/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי.
אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪
זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656.
במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידות הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי; באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>

מכתב שחרור.

69693612 קשי אהרון

בן: 70

כתובת: מנחם 17 בני ברק . בני ברק 5140004

מספר קבלה: 04000131032022

תאריך ביקור: 31/03/2022 21:51

חסוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה מי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

בברכת בריאות שלמה



127186

טלפון: *3555

פקס: 076-8893227

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 69693612

שם פרטי: אהרון

שם משפחה: קשי

טל.עבודה/נייד: 0543978776

טלפון: 035795106

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1952



מיקוד: 5140004

מנחם 17/6, בני ברק

כתובת:

0069693612

מכתב שחרור

טיפולים:

POP BELOW KNEE X 1

תוכנית טיפולית: סד גבס לפי הצורך - הודרך לדריכה

והפעלה לפי יכולת

ניתן להמיר למגף הליכה

מעקב אורתופד בקופ"ח בעוד 7 ימים

בהחמרה יש לשוב לבדיקת רופא

חופשת מחלה 7 ימים

ד"ר צוקר מוטי

חתימה וחותמת הרופא

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

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורתופדי, עליך לקבוע תור אף ורק אצל רופא אורתופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורתופדיים נמצאים במור"ר השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



127186

טלפון: *3555

פקס: 076-8893227

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 69693612

שם פרטי: אהרון

שם משפחה: קשי

טל.עבודה/נייד: 0543978776

טלפון: 035795106

מין: ז

ת.לידה: 06/06/1952



מיקוד: 5140004

מנחם 17/6, בני ברק

כתובת:

0069693612

מכתב שחרור

06/04/2022

תאריך:

שעת קבלה: 21:36

שעת שחרור: 22:06

סיבת הפניה:

בן 69 ברקע תת פעילות בלוטת התריס . היפרליפידמיה
 3 ימים טרם קבלתו חבלה סיבובית לרגל ימין
 בצילום בביח תה"ש בוצע צילום- שבר WEBER A .
 שוחרר להמשך טיפול שמרני בדריכה מלאה
 התקבל כעת לאור כאב בקרסול
 בבדיקה- מתהלך בכוחות עצמו נושא משקל. צליעה אנטלגית.
 נפיחות והמטומה קרסול באספקט לטרלי.
 ללא רגישות לאורך השוק או השוקית.
 ללא רגישות פטישון מדיאלי, רגישות על גבי פטישון לטרלי.
 ללא רגישות על פני המסרקים, ללא רגישות על גבי העצם הנביקולרית,
 ללא רגישות על גבי ATFL, מניע אצבעות ללא חסר NV .
 בצילום קרסול- שבר WEBER A בעמדה מתקבלת
 קובע בסד גבס למנוחה

אבחנות פעילות:

- THYROID PAPILLARY CARCINOMA (02/2015) Bethasda category 4
- OSTEOPENIA (09/2011)
- THYROIDECTOMY Right (02/2015) lobe
- THYROID NODULE (06/2020)
- MYOPATHY UNS HIBM - HEREDETARY INCLUSION BODY MYOPATHY
- POLYNEUROPATHY WIDESPREAD DENERVATION MORE ON LOWER LIMBS
- SPINAL DIS UNS DIFFUSE ANTERIOR HORN CELLS DISEASE-NONACTIVE by EMG

רגישויות לתרופות:

PENICILLIN

תרופות קבועות:

- VIT D 400 400IU/DRP {5X1X90}
- ATOZET 10/10 X 30 {1X1X90}
- EUTHYROX 50MCG X100 {1X1X90}

הפניות:

מכון רנטגן: קרסול ימין 3 צילומים (AP+LAT+MORTIS)

אבחנה:

- FRACTURE ANKLE BIMALLEOLAR CLOSED



037507

קוד הפניה: 267509633

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

ד"ר קולטנוב דימטרי

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: קשי	שם פרטי: אהרון	ת.ז.: 69693612
ת.לידה: 06/06/1952	מין: ז	טלפון: 035795106	טל.עבודה/נייד: 0543978776
כתובת: מנחם 17/6, בני ברק	מיקוד: 5140004		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: לפני כשבועיים נפל, נחבל ברגל ימין, נבדק במיון של שיבא.
הושם חבישה מרופדת.
צילום שבר פטישון חיצוני וובר A בעמדה טובה.

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

אבחנה:

- THYROID PAPILLARY CARCINOMA (02/2015) Bethasda category 4
- OSTEOPENIA (09/2011)
- THYROIDECTOMY Right (02/2015) lobe
- THYROID NODULE (06/2020)
- MYOPATHY UNS HIBM - HEREDITARY INCLUSION BODY MYOPATHY
- POLYNEUROPATHY WIDESPREAD DENERVATION MORE ON LOWER LIMBS
- SPINAL DIS UNS DIFFUSE ANTERIOR HORN CELLS DISEASE-NONACTIVE by EMG

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
ATOZET 10/10 X 30 1X1X90
EUTHYROX 50MCG X100 1X1X90

תרופות קבועות:

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: אחרי שבר; שיקום תנועות וחיזוק שרירים

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 13/04/2022 עד תאריך - 10/10/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

13/04/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ר"ר קולטנוב דימטרי

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 37507

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

טלפון: 03-5782928

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' זיהוי	שכיר
קשי	אהרון	בנימין	69693612	
ישוב	רחוב	מס'	מיקוד	שנת לידה
בני ברק	מנחם	17	5140004	1952
שם המעביד וכתובתו	טלפון			
	0543978776			
טלפון				
	035795106			

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

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

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 45 ימים, היינו מיום: 14/04/2022

עד יום: 28/05/2022 (בכלל).

13/04/2022

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח
א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי
מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי
טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

מכתב שחרור

69693612 קשי אהרון

בן: 70

כתובת: מנחם 17 בני ברק . בני ברק 5140004

מספר קבלה: 04130117042022

תאריך ביקור: 17/04/2022 20:03

• DIZZINESS (780.4)

אבחנות מסכמות

רגישות לתרופות

שם התרופה: שם הרישום
MOXYPEN cap
31/03/2022

לא ידועה רגישות לחומרים

אנמנזה סיעודית

סיבה עיקרית: סחרחורת

הערות: בן 70, מתנייד עם גפיים בגלל שיש לו שבר בקרסול, ברקע סכרת
הגיע למיון בשל סחרחורת שהתחילה אתמול, לדבריו נפל ביום רביעי וקבל מכה בראש ללא דימום

סימנים חיוניים

תאריך ושעה	נאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה
20:26 17/04/2022	0	36.5	68	113/68	94
20:16 17/04/2022					

אנמנזה ובדיקה גופנית

ד"ר קאסם שריף מ.ר. 144710 20:26 17/04/2022
בן 70 נפילה לפני כ 3 ימים, נפילה טכנית, מאתמול תלונות על סחרחורת סיבובית, בעיקר בשינוי תנוחה. ללא תלונות על הפרעת דיבור, או חסר נירולוגי נוסף, ללא אי יציבות בבדיקתו לס קולות לא מבררים ריאות כניסת אוויר טובה שוו הדוצ בטן רכה ללא ירגושת נירולגית - כח גס שמור, תחושה שמורה, ללא nystagmus, ללא DDK תוכנית CT ראש מעבדה שחרור עם המלצות למעקב אאג

ד"ר קאסם שריף מ.ר. 144710 00:52 18/04/2022
ממצאים: ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי. ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע. חדרים, חריצים וציטרטת תקינים. סינוסים פאראנזליים, תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים. רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא. מעבר קרניוצרביקלי חופשי. גומה אחורית ללא ממצא מוקדי. בתוכנת AIDOC ללא עדות לדימום תוך גולגולתי. סיכום: ללא עדות לממצא מוחי חד.

סיכום רופא משחרר

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

נפילה תחת טיפול בפלוויקס לפני כיומים, נפילה טכנית, CT ללא ממצא חריג
ישוחרר

המלצות

תאריך ושעה	נושא	גרשם ע"י	פרטים
18/04/2022 00:53	ד"ר קאסם שריף מ.ר. 144710	המשך מעקב אאג בקהילה בכל החמרה יש לפנות לבדיקת רופא	

Kassem Sharif

18/04/2022 00:54:08

DocuSign

נחתם ע"י: ד"ר קאסם שריף מ.ר. 144710

תעודה זו ניתנת על ידי לשם הגשתה כראיה לבית משפט. והריני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין החוק הפלילי
בדבר עדות שקר בשבועה, בבית משפט. דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

על פי הנחיות משרד הבריאות, בתום הביקור במחלקה לרפואה דחופה, המטופל יחזור להמשך טיפול אצל רופא
בקופת חולים.

במידה והופנית להמשך טיפול במרפאות החוץ או במכוני שיבא, קבע תור בטלפון 03-5305000.

תוצאות בדיקות שבוצעו בשיבא ימסרו דרך "שיבא קונקט" או דרך הרופא המטפל בקהילה.

להצטרפות חנימ לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לבירור תשובת תרבות/וירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון 035309159 ולשאיר הודעה במענה הקולי

אנחנו ניצור איתך קשר תוך 24 שעות

במידה ועברת בדיקת C.T, ניתן להזמין העתק של הבדיקה במכון הדימות בעלות של 52 ₪

זמני הקבלה במכון הדימות, ימים א-ה בין השעות 08:00-14:30 או בטלפון 03-5302656

במידה ומגיע נציג מטעמו של הנבדק יש להצטייד בייפוי כוח + ת.ז.

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום או בטופס התחייבות מקופת חולים.
ניתן לשלוח את טופס ההתחייבות [ט.17] לפקס 03-5302113/7447 או במייל: hovot@sheba.health.gov.il
באם הגעת למלר"ד עקב תאונת עבודה, נא לגשת לפקידת הקבלה להחתמת הטופס עבור ביטוח לאומי

דע את זכויותיך! הנך זכאי לקצבה מהמוסד לביטוח לאומי בשלושת המצבים הבאים:
פגיעה כתוצאה מתאונה אישית, פגיעה כתוצאה מתאונת עבודה, אשפוז או מחלה מעל ל- 90 יום כשהינך מוגבל
כתוצאה ממחלתך הקשורה לאשפוז זה.
מוצע שתבדוק את זכויותיך באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי, באתר ניתן להוריד טופס תביעה לכל הקצבאות
ולשלוח באמצעות האתר, בדואר או להגיש בסניף הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il>
בברכת בריאות שלמה

מוח 17/04/2022:CT

שים לב! תשובה לא סופית!

פרטי הבדיקה- תאריך: 17/04/2022 מספר: 4015011043525

CT מח ללא חומר ניגוד

1

[
סיבת הפנייה: בן 70 נפילה לפני כ 3 ימים ולאחר הופעת סחרחורת סיבובית
הבדיקה בוצעה ללא הזרקת חומר ניגוד,
אין בידי בדיקה להשוואה.

ממצאים:

ללא עדות לאוטם חד או לדימום תוך גולגולתי.

ללא אפקט מסה או סטיית קו אמצע.

חדרים, חריצים וציסטורנות תקינים.

סינוסים פאראמזליים, תאי מסטואיד ואוזן תיכונה מאווררים.

רקמות רכות ומבנה גרמי ללא ממצא.

מעבר קרניוצרביקלי חופשי.

גומה אחורית ללא ממצא מוקדי.

בתוכנת AIDOC ללא עדות לדימום תוך גולגולתי.

חסי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

סיכום: ללא עדות לממצא מוחי חד.

]

שים לב! תשובה לא סופית!

מספר רשיון: 145891

פוענח על-ידי: ד"ר מריה שגב

תמצית תוצאה

רמת דחיפות:

מספר תמונות:

תמונות מפתח:

שם המפענח:

תוצאות מעבדה

CBC

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה
	4.00-10.80	K/microL	5.72	17/04/22 21:15
	4.4-5.9	M/microL	4.71	17/04/22 21:15
	13.5-17.5	g/dl	14.64	17/04/22 21:15
	39.8-52.2	%	43.38	17/04/22 21:15

מכתב שחרור

69693612 קשי אהרון

בן: 70

כתובת: מנחם 17 בני ברק . בני ברק 5140004

מספר קבלה: 04130117042022

תאריך ביקור: 17/04/2022 20:03

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

א.אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	
	80.5-99.7	fL	92.09	17/04/22 21:15	MCV
	26-32	pg	31.1	17/04/22 21:15	MCH
	32-36	g/dl	33.8	17/04/22 21:15	MCHC
	10.9-15.7	%	13.42	17/04/22 21:15	RDW
	130-440	K/microL	194	17/04/22 21:15	PLT
	6.5-11.1	fL	9.47	17/04/22 21:15	MPV
		%	0.18	17/04/22 21:15	PCT
	40-74	%	66.3	17/04/22 21:15	NEUTRO%
	20-40	%	22.0	17/04/22 21:15	LYMPHO%
	4.7-12.5	%	8.2	17/04/22 21:15	MONO%
	0-7	%	2.9	17/04/22 21:15	EOS%
	0-1.5	%	0.6	17/04/22 21:15	BASO%
	0-0.6	%	0.1	17/04/22 21:15	Nucleated RBC%
	1.8-7.7	K/microL	3.79	17/04/22 21:15	NEUTRO abs.
	1-4.8	K/microL	1.26	17/04/22 21:15	LYMPHO abs.
	0.2-1.0	K/microL	0.47	17/04/22 21:15	MONO abs.
	0-0.5	K/microL	0.16	17/04/22 21:15	EOS abs.
	0-0.2	K/microL	0.04	17/04/22 21:15	BASO abs.
	0-0.02	K/microL	0.00	17/04/22 21:15	Nucleated RBC abs.

ביוכימיה בדם

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	
			Normal	17/04/22 21:15	Lipemia
			Normal	17/04/22 21:15	Icterus
			+	17/04/22 21:15	Hemolysis
	15-45	mg/dl	33	17/04/22 21:15	Urea -Blood
	0.67-1.17	mg/dl	1.04	17/04/22 21:15	Creatinine -Blood
תחום יחוס לנבדקים בצום בלבד	70-100	mg/dl	↑ 128	17/04/22 21:15	Glucose -Blood

מכתב שחרור

69693612 קשי אהרון

בן: 70

כתובת: מנחם 17 בני ברק . בני ברק 5140004

מספר קבלה: 04130117042022

תאריך ביקור: 17/04/2022 20:03

חשוי רפואי

The State of Israel
Ministry of Health
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler
School of Medicine
Tel-Hashomer 52621, Israel



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה לרפואה דחופה

מנהל המחלקה לרפואה דחופה: ד"ר עירוני אבינח

אחראית: גב' אנגלרד הינדי

מזכירת המחלקה לרפואה דחופה: גב' פרידה נוי

טלפון: 03-5302210 פקס: 03-5302055

הערה	ערכי ייחוס	יחידת מידה	תוצאה	תאריך בדיקה	
המוליזה של + ומעלה גורמת לעליה משמעותית בערך הנמדד	3.5-5.2	meq/l	4.7	17/04/22 21:15	Potassium -Blood
	136-148	meq/l	140	17/04/22 21:15	Sodium -Blood
	98-110	meq/l	102	17/04/22 21:15	Chloride -Blood
תחום יחוס לבדקים בצום בלבד	8.1-10.4	mg/dl	9.8	17/04/22 21:15	Calcium -Blood, total
המוליזה של + ומעלה גורמת לעליה משמעותית בערך הנמדד תחום יחוס לבדקים בצום בלבד	2.0-4.0	mg/dl	3.20	17/04/22 21:15	Phosphorus -Blood
תתכן ירידה של כשלושים אחוז אם בוצע בסמוך לנטילת אופטלגין	3.5-7.2	mg/dl	6.9	17/04/22 21:15	Uric acid -Blood
המוליזה של + ומעלה גורמת לירידה משמעותית בערך הנמדד	0.1-1.1	mg/dl	0.35	17/04/22 21:15	Bilirubin -Blood, total
	7-40	U/L	32	17/04/22 21:15	SGOT (AST) -Blood
	7-45	U/L	38	17/04/22 21:15	SGPT (ALT) -Blood
המוליזה של + ומעלה גורמת לעליה משמעותית בערך הנמדד	100-260	U/L	250	17/04/22 21:15	LDH -Blood
	45-115	U/L	83	17/04/22 21:15	Alkaline Phosphatase -Blood
	10-49	U/L	58 ↑	17/04/22 21:15	gamma GT -Blood
	6.5-8.2	g/dl	7.4	17/04/22 21:15	Protein -Blood, total
	3.6-5.5	g/dl	4.7	17/04/22 21:15	Albumin -Blood
	2.3-3.5	g/dl	2.70	17/04/22 21:15	Estimated Globulin -Blood
	275-295	mOsm/KgH2O	293	17/04/22 21:15	Osmolality (calc.)
	0-5	mg/l	1.31	17/04/22 21:15	CRP-Inflammatory

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

ד"ר רן פרידנטל

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון



021237

קוד הפניה: 268146914

טלפון: 03-6735847

כתובת: הרא"ה 10א', רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 69693612

שם פרטי: אהרון

שם משפחה: קשי

טל.עבודה/נייד: 0543978776

035795106

טלפון:

מין: ז

06/06/1952

ת.לידה:



מיקוד 5140004

מנחם 17/6, בני ברק

כתובת:

0069693612

מכון פיזיותרפיה

תלונות: נפל לפני שבוע ונחבל בראש אזור העורף

וורטיגו סיבובי מזה 3 ימים

אין תלונות כווליאריז חדות

ממצאים: אוטוסקופיה - ב.מ.פ.

ללא ניסטגמוס ספונטני

אבחנה:

• VERTIGO •

רגישויות לתרופות: 01/01/1900 - PENICILLIN -

תרופות קבועות:

VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90

ATOZET 10/10 X 30 1X1X90

EUTHYROX 50MCG X100 1X1X90

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה וסטיבולרית

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 19/04/2022 עד תאריך - 16/10/2022

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

19/04/2022

תאריך

ד"ר רן פרידנטל
מנהל ומפקח למחלות
אוזן/גרון
15232 21237 מ.ר.ג.

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתמוגים
מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה.
הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי.
במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

תאריך: 19/04/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



021237

ד"ר רן פרידנטל

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

קוד הפניה: 268146841

טלפון: 03-6735847

כתובת: הרא"ה 10א', רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 69693612

שם פרטי: אהרון

שם משפחה: קשי

טל. עבודה/נייד: 0543978776

035795106

טלפון:

מין: ז

06/06/1952

ת.לידה:



מיקוד 5140004

מנחם 17/6, בני ברק

כתובת:

0069693612

התייעצות מומחה

- במכבי

ניירולוגיה

תחום שירות:

יועץ: דר ברוך אלעד

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: ד"ר ברוך אלעד. רח' ז'בוטינסקי 155, רמת-גן. טל- 03-5195097 03-7519939

תלונות: נפל לפני שבוע ונחבל בראש אזור העורף
וורטיגו סיבובי מזה 3 ימים
אין תלונות כוליאיריות חדשות

ממצאים: אוטוסקופיה - ב.מ.פ.
ללא ניסטגמוס ספונטני

אבחנה:

"VERTIGO"

מעשיות: לא

רגישויות לתרופות: - PENICILLIN - 01/01/1900

תרופות קבועות:

VIT D 400 400IU/DRP 5X1X90
ATOZET 10/10 X 30 1X1X90
EUTHYROX 50MCG X100 1X1X90

מטרת ההפניה: חוות דעת

19/04/2022

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תאריך

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

ד"ר רן פרידנטל
מנהל מרפאה למחלות
אף אוזן וגרון
15232
חתימה וחומת הרופא
מ.ר גורם מפנה

אם הגך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי ש.מ.ר.
תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 19/04/2022 עד תאריך 16/10/2022

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' זיהוי		שכיר/עצמאי	
קשי		אהרון		בנימין		69693612		עצמאי	
ישוב		רחוב		מס'		מיקוד		שנת לידה	
בני ברק		מנחם		17		5140004		1952	
שם המעביד וכתובתו		טלפון		מקצוע		ליטוש אבני חן			
קשה אהרון שוהם		0543978776							
ת. פגיעה		שעה		התעסקות בשעת הפגיעה		חבלה בחזרה מעבודה			
31/03/2022		18:20							
האיבר שנפגע		שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום					
קרסול ימין									

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

בביקור בתאריך 13/04/2022 בשעה 14:10:28 לפני כשבועיים נפל, נחבל ברגל ימין, נבדק במיון של שיבא. הושם חבישה מרופדת. צילום שבר פטישון חיצוני וובר A בעמדה טובה.

בביקור בתאריך 26/07/2022 בשעה 08:27:24 חופשת מחלה.

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 26/07/2022 בשעה 08:27:24

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 60 ימים, היינו מיום: 31/03/2022 עד יום: 29/05/2022 (בכלל)

26/07/2022

תאריך הבדיקה

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

ד"ר קולטנוב דימטרי
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 37507
כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק
טלפון: 03-5782928

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה קשי	שם פרטי אהרון	שם האב בנימין	מס' זיהוי 69693612	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב בני ברק	רחוב מנחם	מס' 17	מיקוד 5140004	שנת לידה 1952
שם המעביד וכתובתו קשה אהרון שוהם		טלפון 0543978776	מקצוע ליטוש אבני חן	חבר (כל) כ
ת. פגיעה 31/03/2022	שעה 18:20	התעסקות בשעת הפגיעה חבלה בחזרה מעבודה		
האיבר שנפגע קרסול ימין	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

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

בביקור בתאריך 13/04/2022 בשעה 14:10:28 לפני כשבועיים נפל, נחבל ברגל ימין, נבדק במיון של שיבא. הושם חבישה מרופדת. צילום שבר פטישון חיצוני וובר A בעמדה טובה.

בביקור בתאריך 26/07/2022 בשעה 08:27:24 חופשת מחלה.

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 26/07/2022 בשעה 08:27:24

אבחנה:

• FRACTURE ANKLE LATERAL MALLEOLUS CLOSED

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 60 ימים, היינו מיום: 31/03/2022 עד יום: 29/05/2022 (בכלל)

26/07/2022

תאריך הבדיקה

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

ד"ר קולטנוב דימטרי
מומחה כירורגיה אורתופדית
מס' רשיון: 37507
מכבי ישראל