

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)

	<u>69693612</u>	<u>1111</u>	<u>17</u>	<u>17</u>
שם האב	תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	שם
טלפון	מיקוד	עיר	מס'	רחוב

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

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

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

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

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

חלק ב' _____
שם קופ"ח: _____ 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' 62254 חתימה: _____ X _____
מס' רשיון: 62254

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 פרייבז
מס' רשיון: 62254

עורך-דין

עמוד 1 מתוך 8

696P3612

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

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
--	--	---

1 פרטי התובע	
שם משפחה קש	שם פרטי אריאל
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 069693612	טלפון קווי 054397776
דואר אלקטרוני @	טלפון נייד 054397776

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

שם משפחה איש קשר שם פרטי איש קשר מס' זהות איש קשר

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר נחל	מס' בית 17/6	כניסה 	דירה 	יישוב נחל	מיקוד
-----------------------	-----------------	-----------	----------	--------------	-----------

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 	מס' בית
כניסה 	דירה
יישוב 	מיקוד
טלפון קווי 	טלפון נייד
מספר פקס 	

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית ביןך 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 	מס' בית
כניסה 	דירה
יישוב 	מיקוד
טלפון קווי 	טלפון נייד
מספר פקס 	

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משא"ז

☐ משמר הכנסת

☐ משטרה

☐ שב"ס

☐ 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

31/03/2022

שנה חודש יום

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 לביתך

רחמי ציצן ירמיהו
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

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

תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט

אני צינת אן, האבא איכא שמה דרחמי ציצן, כסלך רגלי נחלז רעגז ונפרכב

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)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
ראש ימין	עיר	טקס / ארץ / תחום
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה 2022 חודש 03 יום 31	1	תחום - עיסא
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?		
☐ לא ☐ כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
	שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
	7-3	

5

סייע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

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

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ח'ר ארסא עריר	אורח ח'ר, ד, ר'ס	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 _____
כתובתו	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

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך	מתאריך	עד תאריך	מתאריך
שנה 2022 חודש 05 יום 29	שנה 2022 חודש 03 יום 31	שנה 2022 חודש 03 יום 31	שנה 2022 חודש 03 יום 31
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
		שנה 2022 חודש 03 יום 31	שנה 2022 חודש 03 יום 31
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
		שנה 2022 חודש 03 יום 31	שנה 2022 חודש 03 יום 31

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

שעות עבודתי במשלח יד 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 שבוצעת 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 * _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטיו 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

☐ עיור/ 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 ביועין 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 מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

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"ב	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

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

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

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

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

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

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

סוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

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 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 ☒ _____

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 _____

☒ חתימת המעסיק וחותמת ☒ _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

69693672

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

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
31032022 שנה חודש יום	69693672	60
שם פרטי	שם משפחה	
אכרין	ק	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

2

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

תאריך 27.7.22 חתימת המבוטח *

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
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, לשנות 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.terem.com 1599-520-520



טר"מ – איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 599-520520
פקס: 0722740627

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 דר. תרומה עלאוי	שם: אהרון קשי תז: 069693612	נא לשתיף 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 בן 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 <<< פרק ירך ימין <<< אגן <<<

Terem Ichilov - Emergency Care Center in the
Community Ltd.
Jabotinsky 160, Bnei Brak 51328
1599-520520 Fax: 072-2740627



ט"פ - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ
רחוב יבובינסקי 160, בני ברק 51328
0722740627 פקס: 1599-520520

#תיק 421707

990970

#ביקור

31/03/2022

תאריך

20:04

שעה

חדר	קופ"ח מכבי חפא מפנה/הקבוע	שם אהרון קשי	RR	%SaO2 99%	T/חום 36.6 PO
		מז 069693612 מין ז גיל 70 שנים 2 חדשים	לח"ד P/Q 122/65	דופק/P 57 סדיר	
	המשך טיפול	כתובת: מנחם 17 בני ברק טל בית 0543978776 נייד 0546983393			

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

לרופא: מתי התחלת לבדוק החוליה?

20:27:30

החומרה בלוא על קיסוס

Allergies: PENICILLIN

לא זקוק לטיפול נגד סוכרם

יור, פרק יור, R, אן

No tests ordered

No treatments ordered

מטריאג

אבחנה והמלצות שחזור מצב החולה בשחזור: מצוין / טוב / יציב / החמיר

הביתה ומעקב בקופ"ח ☐

לביית חולים ☐

פני באמבולנס ☐

הפנה לרפומה ☐

במקרה של החמרה

יש לחזור !!

אין

אני מאשר שמספרי הטלפון מוגדרים
שמספרי פקדים, ודרכם ניתן ליצור את
קשר למועד מטרות רפואיות ומחוקר
זכותי לסרב) ושהרופא המטפל שצוי
לעיל אכן חפאי בקופה

חתימת חולה:



ד"ר עלאוי תרומות
רופא כללי
מ.ר 168714

חתימת זכותמת רופא

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום 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.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: 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/צפילה

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

דר' 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 מותהלך 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:

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

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

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 למיין

31/03/2022
23:08

Amir Hadija

31/03/2022 23:20:47

DocuSign

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 כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

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

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

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

להצטרפות חנינם לשיבא קונקט יש לפנות לצוות פקידות הקבלה.

תשובה לבדיקת קורונה מתקבלת אצל רופא קופ"ח.

לביור תשובת תרבות/שירולוגיה ניתן להתקשר בימים א-ה לטלפון- 035309159 ולשאר 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 זכויותי! 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 ממחלת 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

*****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

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

035795106

טלפון:

מין: ז

06/06/1952

ת.לידה:



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 מונאים 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 במזריח השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



127186

טלפון: *3555

פקס: 076-8893227

כתובת: רבי עקיבא 86, בני ברק

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: 0069693612		מנחם 17/6, בני ברק		מיקוד: 5140004			

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 ctegrory 4
- OSTEOPENIA (09/2011)
- THYROIDECTOMY Right (02/2015) lobe
- THYROID NODULE (06/2020)
- MYOPATHY UNS HIBM - HEREDETATY 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

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 267509633

טלפון: 03-5782928

פקס: 03-5782939

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

פרטי הנבדק:	שם משפחה: קשי	שם פרטי: אהרון	ת.ז.: 69693612
ת.לדה: 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) Bethesda 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 וחומת

תאריך

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

ד"ר קולטומב דימטרי

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רישיון: 37507

כתובת: נתן הנביא 1, בני ברק

טלפון: 03-5782928

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

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

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 מיזם: 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



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

אבחנות מסכמות

- DIZZINESS (780.4)

רגישות לתרופות

שם התרופה: MOXYPEN cap
תאריך רישום: 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	כאב	חום	דופק	לחץ דם	סטורציה באויר חדר
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 ניורולוגי נוסף, ללא אי יצירות בבדיקתו לס קולות לא מבירים ריאות כניסת אוויר טובה שוו הדוצ בטן רכה ללא ירגושת ניוחלגית - 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 וציטרונות 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

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

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

המלצות

תאריך ושעה	נושא	נרשם ע"י	פרטים
18/04/2022 00:53	דר' 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: דר' 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 רופאו 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 חינם 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.

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

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 מוח 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

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
Bil., K, LDH, Mg., Phos. Interference in CPK-MB,			+	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 ייחוס 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

חיוני 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 לנבדקים 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 לנבדקים 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:		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					



0069693612

מכון פיזיותרפיה

תלונות: נפל לפני שבוע ונחבל בראש אזור העורף

וורטיגו סיבובי מזה 3 ימים

אין תלונות כוכליאריות חדשות

ממצאים: אוטוסקופיה - ב.מ.פ.

ללא ניסטגמוס ספונטני

אבחנה:

• VERTIGO

רגישויות לתרופות: - PENICILLIN - 01/01/1900

תרופות קבועות:

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

מעשנ/ת: 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
 מנתח ומיקוד למחלות
 תחילת תפקודו
 15232 19/04/2022

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשיך ותור ראשון לטיפול בתלונות
 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.



021237

קוד הפניה: 268146841

טלפון: 03-6735847

כתובת: הרא"ה 10א, רמת גן

ד"ר רן פרידנטל

אף אוזן וגרון

התמחויות:

מומחה באף אוזן וגרון

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					



0069693612

התייעצות מומחהתחום שירות:

נירולוגיה

- במכבי

סוג הייעוץ: רגיל

יועץ: דר ברוך אלעד

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 כוכליאריות חדשות

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

אבחנה:

מעשנות: 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.

אם הנך 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	חבר (כ/ל)
קשה אהרון שוהם		0543978776	ליטוש אבני חן	כ
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
31/03/2022	18:20	חבלה בחזרה מעבודה		
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, למוסד לביטוח

לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.

חתימה וחותמת
מומחה כירורגיה אורתופדית
מ.ר. 3307
מ.ר. 38023
ד"ר קולטנוב דימטרי

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

תעודה 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
חבר (כל)	מקצוע	טלפון	שם המעביד וכתובתו	קשה אהרון שוהם
כ	ליטוש אבני חן	0543978776	שעה	ת. פגיעה
			18:20	31/03/2022
התעסקות בשעת הפגיעה	חבלה בחזרה מעבודה	שם הרופא המטפל	האיבר שנפגע	קרסול ימין
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.