

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק 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 בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
ת.י. מאנן, גורמה ברא	393636874	1036783557
רחוב / תא דואר	יישוב	טלפון פקס
האבה	האבה שמואל	1035451977
מס' בית	מיקוד	
1		

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

2 פרטי התובט

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
רביבו	אופק	☒ זכר ☐ נקבה	2111444231709

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך: 21/10/2022 בשעה: 11:16 כאשר עבד ב: 337 סוג העבודה: _____

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____

כתובת מקום התאונה: _____

תיאור התאונה: _____

האיבר שנפגע: _____

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 _____

החל (תאריך) מאנן (הוא/היא) ברא, אופק _____

תאריך: 25.01.2022 תפקיד החותם: _____ שם החותם: _____ חתימה וחותמת: _____

ת.י. מעדני גורמה ברא ת.י. 51491977

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

טופס הודעה על תאונת עבודה פנימי - (יש למלא ולהעביר ביום התאונה)

תאריך מילוי הטופס: 25.01.2022
תאריך התאונה: 29.08.2021 שעה: 17:15
שם הנפגע: אסף רביב
מיקום: בוא מאגדל אור: הוצה
האבר הנפגע יש לרשום את מיקום הפגיעה (ידורגל) + צד: צד ימני
מהות הפגיעה (מכה חתך ואחר): חתך
תאור התאונה לפי עדות הנפגע / עד ראייה:
השם חתך בשר, אחז בסיון ביז' ימין ונתפס ביז' שמאל
כ"י החזיק את היד הימנית ביז' שמאל

גורם משוער לתאונה:

סלע עגול על רגל

האם העובד השתמש בציד מגן אישי כנדרש?

נעלי בטיחות שקיבל ממעדני גורמהכפפות נירוסטה.

(א"י. כן. כפפות לא)

למי הודיע הנפגע על התאונה:

אברהם - אסף

תאריך: 29.8.21 שעת ההודעה: 17:15

עדים לתאונה:

שם: ת. ז.

שם: ת. ז.

עזרה ראשונה הוגשה ע"י

אחז החזיק שחז מנספדה צדו שמאל וצד ימני

נמסרה הודעה טלפונית / בכתב ל

הערות המנהל הישיר / מנהל הישיר:

המנהל נסד אברהם רוסל

שם המנהל הישיר / מנהל הישיר: נארוז אקר

מס טלפון של המנהל:

חתימה: נארוז אקר

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה תאריך: 25/07/2022

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רביבו אופק	מס זהות:	00214423709	גיל:	18.11	מין:	ז
ת.לידה:	08/08/2003	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	הגבור האלמוני			
מס בית:	33	טלפון:	54- 2049171	טלפון נוסף:	3- 6311062			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 29/08/2021

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8798		WOUND OPEN

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

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

מיום 31/08/2021 עד יום 13/09/2021 (בכלל)	סה"כ 14 ימים
25/07/2022	25/07/2022

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו
תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד