

מ.ל.ב.

28.7.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי – סניף יבנה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: יאיר בנימיני, ת.ז. 056604978
תאונה מיום 22.7.22

1. מצ"ב טופס תביעה לדמי פגיעה והכרה בתאונה כתאונת עבודה בצירוף אישור משטרה, דוח שמאי ותעודות 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



לציפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ **עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ **עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ **מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ **בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ **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 לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ **קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).**
- ☞ **לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים
01	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
דני ג'ני	יאיר	056604977
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	0506888628	@

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	ישוב	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	ישוב	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 אמורה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון 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

22/07/2022

שנה חודש יום

היום בשבוע

ע"ש

שעת הפגיעה

19:20

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ 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 נוסף), נא פרט _____

נספח: א. נתיב הפגיעה ב. מסלול הפגיעה ג. מידע רפואי ה. מידע רפואי ו. מידע רפואי

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 רני, ראש צוואר, יד שמאל, יד ימנית	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) חלודה	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) מר. רחל'ה שג"ר
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה 22.07.2022 שנה חודש יום	תקופת אשפוז 1	שם בית החולים / מחלקה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
	רנן	שבה טופלתי או אני מטופל
טלפון המרפאה		

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 בנושא הגמלאות".

שם גורם מסייע ד"ר אילן כהנא	כתובת מס' 11, רח' ז'ר	טלפון 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 _____

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 _____

פירוט העיסוקים

7

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

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

_____ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

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

8

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 *

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			

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 מושכי 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: 12.9.22 חתימת התובע *			
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: צו אפוטרופוסות, 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 למפעל

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

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

☐ 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

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם המפעל / המעסיק

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 _____

ממתי עד מתי 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		סכום	לתקופה
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, 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 לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

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

(נדרש 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	056604978	22072022
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
דניאל	ישראל	
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 שנתינת לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 12.7.22 חתימת המבוטח x

31/07 2022 11:38AM FAX

דנה שרותי שמאות בע"מ

סחרוב 17 משרד 94 ת.ד 5047 ראשון לציון 75150
טלפון - 03-9524866 פקס - 03-9524933 סולולארי - 050-6999520

לכבוד : בנימיני יאיר
בנימיני 9, נס ציונה

תאריך: 27/07/2022

חוות דעת : 334-000029384-00
מבלי לפגוע בזכויות

פרטי רכב

מספר רישוי: 6144126
יצרן: טויוטה
דגם: קאמרי 17-22,
שנת יצור: 2019
מספר איגוד: 2413118 טויוטה קאמרי LE היברידי
מד אוץ: 129704
מספר שלדה: 515199
מקורות רכב: מונית
מערכת שמע: רדיו דיסק
סוג רכב: מונית

פרטים ביטוחיים

שם מבטח: בנימיני יאיר
מבטח: חוות דעת פרטית
שמאי בודק: ישעיהו ברקוביץ
תאריך אירוע: 22/07/2022
תאריך בדיקה: 25/07/2022 ב- :במוסך
מוסך: אחר
ביקורים במוסך: 1
סוכן:
מספר פוליסה:
סוג תיק: פרטי
סוג נזק: נזקים תאונתיים

פרטי מבוטח

מספר טלפון: 050-6888628
מיקוד:

שם: בנימיני יאיר
כתובת: בנימיני 9, נס ציונה

אפיונים

2019 A8

טיפולנו :
=====

בהתאם להוראתכם בדקנו נזקי המכונית הנדונה כפי שהוצגו בפנינו והערכנו אותם כמפורט להלן:

תאור הנזק:
=====

בבדיקתנו נוכחנו כי המכונית ניזוקה לאורך צידה השמאלי. (ר"ת).
כנף אח' שמ' ומגן אח' ניזוקו וטעונים תיקון.

החלפים בסעיף חלקי חילוף ניזוקו והיה צורך בהחלפתם.

דנה שרותי שמאות בע"מ

מחרוב 17 משרד 94 ת.ד 5047 ראשון לציון 75150
טלפון - 03-9524866 פקס - 03-9524933 סוללاري - 050-6999520

נזק לאורך הצד השמאלי

עבודות

תיאור עבודה

עבודות פחחות

עבודות חשמל

תיקון מגן קדמי

כיוון מתלה קדמי

פול"ה חיישנים

סה"כ עבודות ועבודות נילוות

צבע

עבודות צבע

סה"כ עבודות צבע

חלקי חילוף

תיאור החלק

כנף קדמית שמאל

דלת קדמית שמאל

מראה צד שמאל

דלת אחורית שמאל

פגוש אחורי

חישוק לגלגל

מקורי-תומך שמאלי לפ

מקורי-סמל כנף שמאל

מגן בוך כנף אח' שמ'

מחיר חלקי חילוף

מק"ט/

מנחה סוג החלק

0741 תואם

1481 משומש

1737 33D30 87940

1781 משומש

2583 33982 52159

7201 מקורי

1000 תואם

1000 42031 75362

1000 מקורי

סה"כ מחיר

2,560.02 ₪

3,500.00 ₪

3,176.56 ₪

3,200.00 ₪

5,366.19 ₪

1,000.00 ₪

26.00 ₪

202.77 ₪

644.00 ₪

19,675.51 ₪

30,875.51 ₪

0.00 ₪

30,875.51 ₪

סה"כ נזק למוקד נזק לאורך הצד השמאלי

מע"מ (0% [ללא מע"מ])

סה"כ - לא כולל מע"מ

דנה שרותי שמאות בע"מ

סחרוב 17 משרד 94 ת.ד 5047 ראשון לציון 75150
טלפון - 03-9524866 פקס - 03-9524933 סוללרר - 050-6999520

סה"כ ימי עבודה נדרשים לתיקון 9

סיכום חוות הדעת

פירוט ההפרשים בין חוות הדעת לסכום התביעה

[	סכום התביעה/חשבונית (ללא מע"מ)	ש"ח 30,875.51	[	סכום התביעה/חשבונית כולל מע"מ
[	סכום הערכת הנזק (ללא מע"מ)	ש"ח 30,875.51	[	סכום הערכת הנזק כולל מע"מ
	הפרש בין התביעה לחוות הדעת	ש"ח 0.00		

פירוט שווי רכב בפועל

נושא	+/ -	באחוז	סכום	הערות
ערך רכב מחירון			ש"ח 69,000.00	
דמ"ש 10/2019	+	6%	ש"ח 4,140.00	
ק"מ 129704 (4.69%)	+		ש"ח 3,430.00	
סה"כ שווי ערך רכב בפועל ש"ח 76,570.00				

ירידת ערך

ערך רכב בפועל הינו :	ש"ח 76,570.00
גובה ירידה באחוזים :	9.00%
סך ירידת ערך :	ש"ח 6,891.30
גובה השתתפות עצמית לירידת ערך :	0.00 (באחוזים)
סכום השתתפות עצמית לירידת ערך :	ש"ח 0.00 (מחושב).

פירוט ירידת הערך

סיבה לירידה	ערך	הערות
למוקד : בזק לאורך הצד השמאלי		
תיקון כנף אח' שמ'+צביעה לא מקורית	5.00%	
צביעה לא מקורית לדלת קד' שמ'	1.00%	
צביעה לא מקורית לדלת אח' שמ'	1.00%	
צביעה לא מקורית לכנף קד' שמ'	1.00%	
צביעה לא מקורית לפגוש אח'	1.00%	



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה
מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס
אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי
טל: 08-9779913 פקס: 08-9779914

סודי רפואי

המידע הכללי במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשל"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם לחוראות החוק, מטרת המידע בניגוד לקבוע בנזקים אלו, מחוץ עבירה. מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: בנימיני	ת. לידה: 11/10/1960 גיל: 61
שם פרטי: יאיר	ת. זהות: 56604978 מין: זכר
כתובת: ביאליק 9 נס ציונה 7409215	מצב משפחתי: גרוש/ה 3
טלפון: 050-6888628	שם האב: נסים שם האם: רחל
זמן קבלה: 21:59 22/07/2022	קופ"ח מכבי
זמן פתיחת גיליון: 22:03 22/07/2022	מספר מקרה: 11875242
זמן שחרור: 01:34 23/07/2022	

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

אבחנות במלרד

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	S/P	M/P	Rec
ACUTE PAIN DUE TO TRAUMA	338.11			✓			

לא ידועה רגישות לתרופות
לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

בדיקת רופא ראשונית

בן 61, ברקע - מושטל קרנית בעין ימין עקב הרפס.
ללא תרופות קבועות
ללא רגישויות

הגיע לאחר תאונת דרכים כנהג, עם חגורה, בערב קבלתו לדבריו.
רכב נכנס בו משמאל. לא נחבל אך זכוכית התפוצצה עם חתיכות שהגיעו לעיניו.
שולל איבוד הכרה, שולל הקאות או בחילות.
מדווח על כאב בעיניים עם ראייה תקינה.

בבדיקתו, מדדים תקינים
גלאזגו 15 - נירולוגית -
מתמצא 3X
עיניים - אישונים שווים, עגולים ומגיבים לאור
עין ימין מושטל קרנית עם אודם
רייאה תקינה דו"צ
עמוד השדרה - רגישות צווארית ומתנית
חזה ללא סימן חגורה או רגישות
בטן ללא סימן חגורה או רגישות
פצע ביד שמאל שניתן לתפירה

המשך מכתב: 56604978 יאיר בנימיני

במיון בוצע בירור כולל:
אורטופד, עיניים-ראה מצורף
קיבל חיסון לטטנוס לפני פחות מ-5 שנים לדבריו
לסיכום- ללא בעיה כירורגית חריפה
משתחרר לביתו במצב כללי טוב עם ההמלצות הבאות-

טיפול תרופתי במלרד

תרופה	תזמון מהוראה	תאריך ושעה	צורת מינון ומינון
VABEN TAB 10MG TAB 10 mg	Once	23:14 22/07/2022 ברמי ירון מ.ר. 228773	TAB 10 mg PO
CEFORAL CAP 500MG CAP 1000 mg	Once	01:20 23/07/2022 קבדה טאגאי מ.ר. 223259	CAP 1000 mg PO

מדדים אחרונים

SAT	T	P	BP
98	37	80	125/70

המלצות בשחרור

- המלצה: 1. המשך מעקב רפואי מטפל, המשך טיפול תרופתי קבוע
- משככי כאבים לפי הצורך
- בכל מקרה של החמרה- לפנות לרופא

החלטה רפואית: שחרור

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר קירשטיין אנה מ.ר. 140604	רופא/ה מורשה/ת שחרור	23/07/2022 01:33



המרכז
הרפואי
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת: דר' פחיס גל מ.ר. 125849

אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי

טל: 08-9779913 פקס: 08-9779914

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה

שם משפחה: בנימיני	ת. לידה: 11/10/1960 גיל: 61
שם פרטי: יאיר	ת. זהות: 56604978 מין: זכר
כתובת: ביאליק 9 נס ציונה 7409215	מצב משפחתי: גרוש/ה 3
טלפון: 050-6888628	שם האב: נסים שם האם: רחל
תאריך קבלה לבי"ח:	קופ"ח מכבי
תאריך קבלה למחלקה:	מספר אירוע:

זמן הפקת התדפיס: 01:39 23/07/2022 ע"י קבדה טאגאי

בקשת יעוץ

יעוצים

פרטי המבקש: דר' וייסמן פסוס קמילה מ.ר. 1164342

תאריך: 23:16 22/07/2022

מחלקה מיעצת: יעוץ עיניים

תאריך ביקור מתוכנן: 22/07/2022

דחיפות: דחוף

הגדרת הבעיה: בן 61, מושגל קרנית מימין, תאונת דרכים עם חתיכות זכוכית לעיניים עם כאבים ואודם בעין עם השתלה.

השאלה ליעוץ: להערכתכם תודה

תשובת היעוץ	סטטוס	המשך מעקב	תאריך	גרשם ע"י	חתימה
רקע כמתואר, הרגיש כניסת גוף זעיר לעין שמאל (מעורב בתאונת דרכים, התנפצה מראה). עין ימין השתלת קרנית 2* ע"י הרפס קרטיס אחרונה 2018. RE פסאודופאקיה סטרוקס 1/0 בבדיקת: IOP 16/13 ח"ר מימין 6/15 משמאל 6/7.5 מימין לחמית שקטה, עפעפים תקינים ללא ממצא בהיפוך, קרנית שתל PKP שקוף תפרים המשניים ובודדים במראה תקין, לשכה עמוקה ושקטה אישון עגול ומגיב, PCIOL משמאל עפעפים תקינים בפורניקס תחתון בזווית נזאלית שברי זכוכית הוצאו באמצעות מסוש, בהיפוך עפעף תקין ללא ממצא, קרנית שקוהפ ללא ED ל"ק עמוקה ושקטה אישון עגול ומגיב	תשובה סופית	לא	22/07/2022	דר' דובינסקי	פרצוב ביאנה מ.ר. 116828

יעוצים

תשובת היועץ	סטטוס	המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
לא מעוניין בהרחבת אישונים. לסיכום, גוף זר הוצא מעין שמאל. המלצות: טיפול טוברקס לעין שמאל* 3 ביום לשבוע ביקורת רופא עיניים קופח בעוד מספר ימים המשך מעקב מומחה קרנית					



מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת: דר' פחיס גל מ.ר. 125849
אח/ות אחראי/ת: נטלי כרדי

טל: 08-9779913 פקס: 08-9779914

סודי רפואי

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ו/או את תוכנו ו/או איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ו/או גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה

שם משפחה: בנימיני	ת. לידה: 11/10/1960 גיל: 61
שם פרטי: יאיר	ת. זהות: 56604978 מין: זכר
כתובת: ביאליק 9 נס ציונה 7409215	מצב משפחתי: גרוש/ה 3
טלפון: 050-6888628	שם האב: נסים שם האם: רחל
תאריך קבלה לבי"ח:	קופ"ח מכבי
תאריך קבלה למחלקה:	מספר אירוע:

זמן הפקת התדפיס: 01:49 23/07/2022 ע"י ליפשיץ עמית

בקשת יעוץ

יעוצים

פרטי המבקש : דר' וייסמן פסוס קמילה מ.ר. 1164342
תאריך : 23:27 22/07/2022
מחלקה מייעצת : א.יעוץ אורתופד מלרד
תאריך ביקור מתוכנן : 22/07/2022
דחיפות : דחוף
הגדרת הבעיה : בן 61, תאונת דרכים רגישות בע"ש. צווארי ומתני חתך ביד שמאל - לבדיקה האם לתפירה
השאלה ליעוץ : להערכתכם בשאלת שברים בע"ש. ותפירה

תשובת היעוץ	סטטוס	המשך מעקב	תאריך	נרשם ע"י	חתימה
מחוסן לטטנוס 5 השנים האחרונות. רגישות צווארית ופראפסינאלית, ללא רגישות אחרת לאורך קו אמצע עמ"ש. כוח ותחושה שמורים בגפיים. ללא סימני UMN. תנועות צוואר שמורות עם רגישות בקצה הרוטציה. הליכה תקינה על אצבעות ועקבים, ללא ליסט או דרופ. חתך האספק דורסאלי שליש אמצעי של האמה, ללא דמם. תת עורי. מפרק ושוורש יד ללא רגישות גרמית או הגבלה תבטווחים. צילומי עמש צווארי - תת אופטימאל, לא ניתן לדון, אינו מעוניין לבצע צילומים חזורים. הוסבר הסכנה בפגיעה עצמית ושברים בחוליות עמ"ש, מבין סיבוכים וסיכונים - ימשיך בירור בקופ"ח. עד כמה שניתן לדון, ללא ממצא פרט לשינויים ביוניים.	לא	תשובה סופית	23/07/2022	דר' דניאל הדס	מ.ר. 146378

צילומי אמה - ללא עדות לשברים או גוף זר
צילומי עמ"ש מותני - שינויים ביוניים

יעוצים

תשובת היועץ

במיון עבר שטיפה והטרירה, סגירה ראשונית בסיכות. נחבש.

אין להרטיב 3 ימים, הוצאת סיכות בעוד 10-14 ימים בקופ"ח, מעקב רופא מטפל, איזון כאבים, בהחמרה יש לפנות לבדיקה זמינה.



125448

ד"ר ליבשיץ גלעד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 282406373

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56804978
ת.לדה: 11/10/1960	מין: ז	טלפון: 0506888628	טל.עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		

מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 5 תאונות דרכים

תלונות: ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מונית, נבדק במיון שמיר ללא ממצא חריג מלין על כאבים בצוואר וראש.

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין. רגישות פרהרבלית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.

• CERVICALGIA

אבחנה:

- NOTHING ABNOR FOUND (12/2003)
- HERPES ZOSTER+OPHTHALMIC COMPLICATIONS Status Post (04/2004)
- TOBACCO USE DISORDER (11/04/2004)

בעיות ידועות:

רגישויות לתרופות: - CLARINASE - 30/03/2014

מעשלת: כן

סיבת ההפניה: צוואר - אלקטרוטרפיה ומתיחות

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 26/07/2022 עד תאריך 22/01/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

26/07/2022

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.



0306389032



125448

קוד הפניה: 282406244

ד"ר ליבשיץ גלעד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 08-6866580

פקס: 076-8893702

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56604978
ת.לידה: 11/10/1960	מין: ז	טלפון: 0508888628	טל. עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		
0056604978			

מרשם למדרסים

גורם משלם: 5 תאונת דרכים

חדש

תלונות:

ת.ד דרכים / עבודה כנהג מונית, נבדק במיון שמיר ללא ממצא חריג מלין על כאבים בצוואר וראש.

ממצאים:

הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרבלית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.

• CERVICALGIA

אבחנה משוערת:

למילוי על ידי ספק המדרסים

גובה: ס"מ

משקל: ק"ג

עיסוק:

מידת הבעל:

סוג הבעל:

אבחנה	foot pain
-------	-----------

© מדרס רך בהתאמה אישית

סוג מדרס:

מאפיין מדרס	פיזור לחצים על כף הרגל
-------------	------------------------

26/07/2022

תאריך

חותמת וחותמת ההופא

מובהר בזאת שההשתתפות הכספית של שירותי בריאות הנוספים מותנית בהזמנת מדרסים אצל ספק שבהסכם בלבד.
תוקף המרשם: 45 יום מתאריך הפקתו.

טרם רכישה, מומלץ לבדוק תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר האינטרנט של מכבי (www.maccabi4u.co.il).

ניתן לרכוש מדרסים בהתאמת מחשב בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם. מדרסים בהתאמה אישית

ניתן לרכוש רק אצל המכונים בהסכם. הרכישה-בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, בתשלום השתתפות עצמית בלבד.

על תשלום השתתפות עצמית זו לא יינתן החזר.

רשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר האינטרנט של מכבי ואצל נציגי השירות במכבי ללא הפסקה-3555*.

נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבוסחי שב"ן, יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן.

בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם. לאחר מכן יהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור

של רופא השירות במח' תאונות במחוז. מידע לגבי כללי הזכאות לנפגעי תאונות עבודה ניתן למצוא באתר האינטרנט של מכבי.

נפגעי תאונות דרכים- אין זכאות להשתתפות במימון אביזרים אורתופדיים באמצעות השב"ן.

קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתתף בעלות אביזרים רפואיים, לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות

ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804 או לאתר האינטרנט של משרד הבריאות.

אישור אספקת מדרסים

חתימת הלקוח

חתימה וחותמת הספק

תאריך אספקה

תאריך: 25/07/2022
שעה: 17:29:31



אסף הרופא-שמיר (בי"ח/קרן) (1103)
חדר מיון כללי

לכבוד
בית חולים
חדר מיון
באר יעקב

70300

טלפון: 08-9779999

התחייבות מספר: 220750178

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי בנימיני יאיר ת.ז. 56604978
חבר ב- מכבי זהב - מכבי ש. בריאות ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 61

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
056604978	220750178	22072022

קוד	קוד מקורי	תאריך	תאריך	כמות
מס CPT	תאור טיפול	בנותן שירות	כניסה/טיפול	טפולים
1 99245 01	ביקור במיון (תשלום גלובלי)	99281	22/07/2022	1

ישוב: נס ציונה מרכז רפואי: סביוני נצר
מתאם שרות: בן אדיבה חגית
1 אבנר בן נר
טל: 08-9400770

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 23/07/2022

נספח להתחייבות מספר 220750178:

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות
התחייבות זו תקפה למשך 24 שעות, עבור ביקור בחדר מיון בלבד.

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

ד"ר קפלן מיכאל

עיניים

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

טלפון: 08-9401386

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה



016606

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בנימין	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56604978
ת.לדה: 11/10/1960	מ.י.ז:	טלפון: 0506888628	טל. עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215		

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 25/07/2022

עקב: ביקורת אחרי תאונת דרכים לפני 3 ימים.
נבדק וטופל באסף הרופא, תוצאו גופים זרים מעין שמאל, מקבל טיפול בטיפות אנטיביוטיות.

ממצאים: נבדק ללא הרחבת אישונים לפי בקשתו.
עין ימין לאחר השטלת קרנית, שיתל שקוף, תפרים תקינים, לישכה עמוקה ונקיה, אישון עגול ומגיב. יש דימום תת לחמית בזלי.
עין שמאל שקטה, קרנית שקופה, לישכה עמוקה ונקיה, אישון עגול ומגיב.
מקבל טיפול עם טיפות ומשחה אנטיביוטית.
ימשיך בטיפול וביקורת לפי הצורך.

שםאל _____ חדות ראייה _____ ימין _____

PH	רגל	בדיקה כללית - מין
6/7.5	6/12	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

PH	רגל	בדיקה כללית - שמאל
6/7.5	6/12	DISTANCE S.C
		DISTANCE C.C
		NEAR S.C
		NEAR C.C

- ROAD ACCIDENT Status Post
- OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

אבחנה:

סיכום והמלצות: ביקורת לפי הצורך.

25/07/2022

תאריך

ד"ר קפלן מיכאל
רופא עיניים
מ.ר גורם מפנה
חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 25/07/2022

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר קפלן מיכאל

עיניים



016606

התמחויות:

מומחה ברפואת עיניים

טלפון: 08-9401386

כתובת: האירוסים 53, נס ציונה

פרטי הגבדק:	שם משפחה: בנימיני	שם פרטי: יאיר	ת.ז.: 56604978
ת.לידה: 11/10/1980	מין: ז	טלפון: 0506888628	טל.עבודה/נייד: 0506888628
כתובת: ביאליק 9, נס ציונה	מיקוד: 7409215	0056604978	

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 25/07/2022 עד יום: 29/07/2022 סה"כ: 5 ימים.

ד"ר קפלן מיכאל
רופא עיניים
מ.ר. 16606
חתימה וחולמת הרופא

25/07/2022

תאריך

ד"ר ליבשיץ גלעד

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 125448

כתובת: אבנר בן נר 1, נס ציונה

טלפון: 08-6866580

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה בנימיני	שם פרטי יאיר	שם האב ניסים	מס' זיהוי 56604978	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב נס ציונה	רחוב ביאליק	מס' 9	מיקוד 7409215	שנת לידה 1960
חבר (כל)	כ	מקצוע נהג מונית	טלפון 0506888628	שם המעביד וכתובתו
ת. פגיעה 22/07/2022	שעה 19:00	התעסקות בשעת הפגיעה		
האיבר שנפגע צוואר אמה	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		

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

ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מונית, נבדק במיון כולל הדמיה שמיר ללא ממצא חריג
מלין על כאבים בצוואר וראש.
נחבל ביד שמאל, הושמו מספר סיכות.

הממצא הקליני:

הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרבלית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל
התחנות.
פצע לטרלי אמה שמאל תקין ללא סימני דלקת, ללא חסר NV

אבחנה:

- CERVICALGIA
- LACERATION ARM

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הלל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

עד יום:

26/07/2022

(בכלל)

26/07/2022

חתימה וחותמת הרופא

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.

גיל: 61.9

שם חופא/ה: ד"ר ליבשיץ גלעד

תחום הטיפול: כירורגיה אורתופדית

מספר ביקור: 1755363

מיקור המידע	פירוט
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	16:53:42 26/07/2022 בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

תלונות: ת.ד. דרכים / עבודה כנהג מזונית, נבדק במיון שמיר ללא ממצא חריג
מלין על כאבים בצוואר וראש.
נחבל ביד שמאל, הושמו מספר סיכות.

גורם משלם: 5 תאונת דרכים תאריך תאונת דרכים: 22/07/2022

ממצאים: הליכה תקינה, מבחן בהונות עקבים תקין, רגישות פרהרבורית, טווח סה"כ תקין, כח גס תחושה שמורים בכל התחנות.
פצע לטרלי אמה שמאל תקין ללא סימני דלקת, ללא חסר NV

מיקור	מאפ	מאפ	אבחנה
			CERVICALGIA
			LACERATION ARM

הערה	תאריך/הפניות
מרשם למדרסים	בתוקף עד - 24/10/2022
מכון פיזיותרפיה	בתוקף עד - 22/01/2023

אופן השימוש	Rp <Days>	מינון	תרופות
לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר וטבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 12 ימים.	1 <12>	1 tab X 2 -1 op	ROKACET PLUS 24 CAP

מוזמן למעקב:

ד"ר ליבשיץ גלעד

1755363

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב שם משפחה	תעודת זהות 056604977	שם פרטי י.א.ר	כניסו' ד.א.ל.ק
טלפון	מיקוד	עיר נס ציונה	מס' 9

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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

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

תאריך: 12.9.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' רשיון: 62254
חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח

אני הח"מ, י"א דניאל, 05604974, מרחוב האלק, 9, י"ג ציון,
ת.ז. מס' 22.9.22 של במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט
נגד בענין תאונת דרכים מיום 22.9.22
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבהאות, 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 12 לחודש 9 שנה 22

חתימה: 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייזר
מס' רישום: 62254