

שם משפחה:	גריין	שם פרטי:	טימור	ת.ז.:	320846975
תאריך לידה:	29/07/1987	מפנה:	מומחים	קופ"ח:	מכבי
טלפון (ב):		טלפון (ס):	050-	חברת ביטוח:	פניקס
			2199757		
שם האם:		כתובת:	הברקן 1 ראשון לציון		
שם האב:	איגור				

סיכום ייעוץ

13:31 06/09/2022

מחלה נוכחית

בן 35, בריא בדכ, אינו מעשן.

לפני כ-10 ימים במסגרת עבודה לאחר הרמת משא כבד החלו כאבי גב קשים קורנים לרגל שמאל (פיזור S1), עם הרגשת חולשה עדינה של הרגל. ללא הפרעות סוגרים.

טופל על ידי נוגדי כאב ודלקת כולל זריקה אצל אורטופד בקהילה עם הטבה מסוימת.

בבדיקה

הליכה תקינה, מתקשה בהליכת פורפוט.

רגישות משמאל במישור עמוד שדרה מותני, הגבלה בתנועה.

ללא פירמידליות. כח EHL GC 4/5 משמאל, פרט לכך תקין.

SLR וקרוס חיוביים.

בהדמייה

CT - לומבריציה חלקית של S1. פריצת דיסק מרכזית שמאלית עם היצרות פורמינלית ורצס לטרלי בגובה L5-S1.

המלצות

למרות החולשה המינורית, המלצתי כעת להמשך טיפול שמרני - פעילות גופנית כגון שחייה ופילאטיס, המשך נוגדי כאב ודלקת.

במידה וכאב יחמיר - נא להיות בקשר, נשקול הפניה למרפאת כאב לזריקה.

בקורת בעוד 4-6 שבועות להערכת החולשה, במידה ותחמיר/תורגש יותר, יהיה מקום לשקול טיפול ניתוחי.

אם מחמירה נא להיות עמי בקשר.

ד"ר אלון גרונדשטיין
מומחה בכיר
מ.ר. 125581
מ.ר. 38973
אלון גרונדשטיין
מ.ר. 125581

23/08/22 5:13 PM 7/10

23032-1001-1
10-28-1001-300

0546422540 - (1971)
MAY 19 1971

PROSODY

100% COTTON

[illegible]

דלונדור

מחלקת מכירת
מכשירי חשמל
מס' 1022

מחלקת מכירת
מכשירי חשמל
מס' 1022

מחלקת מכירת
מכשירי חשמל
מס' 1022

מס' סדר	שם	כתובת	מס' זיהוי
1	דלונדור	רח' המדע 10	1022
2	דלונדור	רח' המדע 10	1022
3	דלונדור	רח' המדע 10	1022
4	דלונדור	רח' המדע 10	1022
5	דלונדור	רח' המדע 10	1022
6	דלונדור	רח' המדע 10	1022
7	דלונדור	רח' המדע 10	1022
8	דלונדור	רח' המדע 10	1022
9	דלונדור	רח' המדע 10	1022
10	דלונדור	רח' המדע 10	1022

מס' סדר	שם	כתובת	מס' זיהוי
1	דלונדור	רח' המדע 10	1022
2	דלונדור	רח' המדע 10	1022
3	דלונדור	רח' המדע 10	1022
4	דלונדור	רח' המדע 10	1022
5	דלונדור	רח' המדע 10	1022
6	דלונדור	רח' המדע 10	1022
7	דלונדור	רח' המדע 10	1022
8	דלונדור	רח' המדע 10	1022
9	דלונדור	רח' המדע 10	1022
10	דלונדור	רח' המדע 10	1022

מחלקת מכירת

מחלקת מכירת
מכשירי חשמל
מס' 1022

230622 BTND A LTND
230822 SOUTH LIND
10-11-1967

[illegible]

DATE		DESCRIPTION	AMOUNT	CREDIT	BALANCE
1	1950-11-15	By Balance b/d		100.00	100.00
2	1950-11-20	To Cash	50.00		50.00
3	1950-11-25	By Cash		25.00	75.00
4	1950-12-01	To Cash	75.00		0.00
5	1950-12-05	By Cash		75.00	75.00
6	1950-12-10	To Cash	75.00		0.00
7	1950-12-15	By Cash		75.00	75.00
8	1950-12-20	To Cash	75.00		0.00
9	1950-12-25	By Cash		75.00	75.00
10	1950-12-30	To Cash	75.00		0.00
11	1951-01-05	By Cash		75.00	75.00
12	1951-01-10	To Cash	75.00		0.00
13	1951-01-15	By Cash		75.00	75.00
14	1951-01-20	To Cash	75.00		0.00
15	1951-01-25	By Cash		75.00	75.00
16	1951-02-01	To Cash	75.00		0.00
17	1951-02-05	By Cash		75.00	75.00
18	1951-02-10	To Cash	75.00		0.00
19	1951-02-15	By Cash		75.00	75.00
20	1951-02-20	To Cash	75.00		0.00
21	1951-02-25	By Cash		75.00	75.00
22	1951-03-01	To Cash	75.00		0.00
23	1951-03-05	By Cash		75.00	75.00
24	1951-03-10	To Cash	75.00		0.00
25	1951-03-15	By Cash		75.00	75.00
26	1951-03-20	To Cash	75.00		0.00
27	1951-03-25	By Cash		75.00	75.00
28	1951-04-01	To Cash	75.00		0.00
29	1951-04-05	By Cash		75.00	75.00
30	1951-04-10	To Cash	75.00		0.00
31	1951-04-15	By Cash		75.00	75.00
32	1951-04-20	To Cash	75.00		0.00
33	1951-04-25	By Cash		75.00	75.00
34	1951-05-01	To Cash	75.00		0.00
35	1951-05-05	By Cash		75.00	75.00
36	1951-05-10	To Cash	75.00		0.00
37	1951-05-15	By Cash		75.00	75.00
38	1951-05-20	To Cash	75.00		0.00
39	1951-05-25	By Cash		75.00	75.00
40	1951-06-01	To Cash	75.00		0.00
41	1951-06-05	By Cash		75.00	75.00
42	1951-06-10	To Cash	75.00		0.00
43	1951-06-15	By Cash		75.00	75.00
44	1951-06-20	To Cash	75.00		0.00
45	1951-06-25	By Cash		75.00	75.00
46	1951-07-01	To Cash	75.00		0.00
47	1951-07-05	By Cash		75.00	75.00
48	1951-07-10	To Cash	75.00		0.00
49	1951-07-15	By Cash		75.00	75.00
50	1951-07-20	To Cash	75.00		0.00
51	1951-07-25	By Cash		75.00	75.00
52	1951-08-01	To Cash	75.00		0.00
53	1951-08-05	By Cash		75.00	75.00
54	1951-08-10	To Cash	75.00		0.00
55	1951-08-15	By Cash		75.00	75.00
56	1951-08-20	To Cash	75.00		0.00
57	1951-08-25	By Cash		75.00	75.00
58	1951-09-01	To Cash	75.00		0.00
59	1951-09-05	By Cash		75.00	75.00
60	1951-09-10	To Cash	75.00		0.00
61	1951-09-15	By Cash		75.00	75.00
62	1951-09-20	To Cash	75.00		0.00
63	1951-09-25	By Cash		75.00	75.00
64	1951-10-01	To Cash	75.00		0.00
65	1951-10-05	By Cash		75.00	75.00
66	1951-10-10	To Cash	75.00		0.00
67	1951-10-15	By Cash		75.00	75.00
68	1951-10-20	To Cash	75.00		0.00
69	1951-10-25	By Cash		75.00	75.00
70	1951-11-01	To Cash	75.00		0.00
71	1951-11-05	By Cash		75.00	75.00
72	1951-11-10	To Cash	75.00		0.00
73	1951-11-15	By Cash		75.00	75.00
74	1951-11-20	To Cash	75.00		0.00
75	1951-11-25	By Cash		75.00	75.00
76	1951-12-01	To Cash	75.00		0.00
77	1951-12-05	By Cash		75.00	75.00
78	1951-12-10	To Cash	75.00		0.00
79	1951-12-15	By Cash		75.00	75.00
80	1951-12-20	To Cash	75.00		0.00
81	1951-12-25	By Cash		75.00	75.00
82	1951-12-30	To Cash	75.00		0.00
83	1952-01-05	By Cash		75.00	75.00
84	1952-01-10	To Cash	75.00		0.00
85	1952-01-15	By Cash		75.00	75.00
86	1952-01-20	To Cash	75.00		0.00
87	1952-01-25	By Cash		75.00	75.00
88	1952-02-01	To Cash	75.00		0.00
89	1952-02-05	By Cash		75.00	75.00
90	1952-02-10	To Cash	75.00		0.00
91	1952-02-15	By Cash		75.00	75.00
92	1952-02-20	To Cash	75.00		0.00
93	1952-02-25	By Cash		75.00	75.00
94	1952-03-01	To Cash	75.00		0.00
95	1952-03-05	By Cash		75.00	75.00
96	1952-03-10	To Cash	75.00		0.00
97	1952-03-15	By Cash		75.00	75.00
98	1952-03-20	To Cash	75.00		0.00
99	1952-03-25	By Cash		75.00	75.00
100	1952-04-01	To Cash	75.00		0.00

054542540
Main 3

REF ID: A6709022

[illegible]

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2019.05.20.256400>; this version posted May 20, 2019. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

לכבוד
בית חולים
מכון
מזל אליעזר
13
75653
טלפון: 03-7644444

אסותא-שלוחת ראשון לציון
טומוגרפיה ממוחשבת (C.T)
(1721)

התחייבות מספר: 220850175

הנדון: התחייבות בבית חולים

היננו מאשרים כי גרין _____ טימור _____ ת.ז. 320846975
חבר ב- מכבי שלי ומבקשים לקבלו לטיפול בהתאם לתעריף שנקבע,
על חשבון: מכבי שרותי בריאות גיל החבר: 35

ת.ז. חבר:	התחייבות:	תאריך טיפול:
		
320846975	220850175	30082022

קוד מס	קוד CPT	תאור טיפול	קוד מקורי בנותן שרות	תאריך כניסה/טיפול	תאריך יציאה	כמות טפולים
1	72133	CT 01 עמוד שדרה מותני סקראלי	72131	30/08/2022		1

ישוב: ראשון לציון
מתאם שרות: מרכז רפואי: נוה ים
הנחשול
טל: 03-9516180
30

התחייבות זו בתוקף עד לתאריך: 5/02/2023

במידה והתחייבות לא מומשה, יש להחזירה לסניף לבדיקת החיוב

נספח להתחייבות מספר 220850175:
התחייבות זו עבור שרותים אמבולטוריים בלבד.

מכבי חסוי אישי - המסמך מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות

התחייבות זו בתוקף כל עוד הינך חבר/ת מכבי שרותי בריאות.

אתר אסותא מרכזים לזימון תורים:
[HTTPS://APPOINTMENT.ASSUTA.CO.IL](https://appointment.assuta.co.il)

"מכבי שרותי בריאות"

בברכת בריאות טובה

ד"ר יאיר גורן
אחראי על תחום
22448
22448
22448



0307474692



032485

קוד הפניה: 287255349

פרטי הנבדק:

שם משפחה: גרין

שם פרטי: טימור

ת.ז.: 320846975



ת.לידה:

29/07/1987

מין: ז

טלפון:

0502199757

טל.עבודה/נייד: 0502199757

כתובת:

מבצע חירם 5/4, ראשון לציון

מיקוד 7544994

מרכז ארצי לדימות - C.T

גורם משלם: 30 ביקור ר"ד

שם המכון:

אסותא-שלוחת ראשון לציון

תלונות:

30/08/2022 כאבי גב תחתון מזה זמן רב עם החמרה לאחרונה ללא סיפור חבלה הקרנה לרגל שמאל ללא איבוד שליטה על סוגרים

ממצאים:

30/08/2022 מצב כללי טוב, הליכה אנטלגית, רגישות מותנית דיפוזית, טווח מוגבל עקב כאבים, ללא חסר ניורווסקולרי דיסטלי

אבחנה:

- SCIATICA Left
- LOW BACK PAIN

בעיות ידועות:

- PNEUMOTHORAX SPONTANEOUS (05/2010)
- THORASCOPIC DECORTICATION OF LUNG Right Status Post (01/2010) 24.12.2009 multiple wedge resections
- TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (06/2011)

רגישויות:

11/11/2018 - ראה פורטל רופא -
06/11/2019 - לא ידוע -

מעשנות: לא

בדיקה דרושה	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	קוד מב"ר
CT עמוד שדרה מותני וסקרלי		L1039

שאלה לרדיולוג:

היצרות תעלה? בלט דיסק? ממצא אחר?

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
3.11/03/09/2018	שנים	0.67	Creatinine (B)
3.11/03/09/2018	שנים	128	eGFR

שם הרופא: ד"ר קזנסקי איגור

תאריך: 30/08/2022

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/08/2022 עד תאריך - 26/02/2023

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

ד"ר איגור קזנסקי
אגודת מנתח/מומחה
מ.ר. 32485, מ.ר. 28168

תאריך: 30/08/2022

U-L YILD AGTU



287255358 : ת.ד. 7777

03-5061012 03-5064044

GLO: 03-5082349

מ.נ. כ'ט' 67, תשכ"ז

320846975 :r.t

0502199757 : ת.ד/ת.ד. 0502199757

0502199757

ଉତ୍ତର:

74.1.1

100110107

0320846975



ԵԼՈՒ ԿԵՏԼԷ՛:

ԸՆԴԱՍՈՒՄ:

საქართველო | ქვემო ქართლი

ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

የዚህ ሰነድ ቁጥር: ፬፻፲፱፻፲፱

המסמך נמצא בבעלות משרד המשפטים, תל אביב, ישראל. כל הזכויות שמורות. לא ניתן להעתיק או לשכפל את המסמך ללא אישור מפורש משרד המשפטים. תאריך: 30/08/2022

זכרון:

- SCIATICA Left
- LOW BACK PAIN

טאג, זאג:

• PNEUMOTHORAX SPONTANEOUS (05/2010)
• THORASCOPIC DECONTIGATION OF LUNG Right Status Post (01/2010)
• TOBACCO USE DISORDER- IN REMISSION (06/2011)

אשר - 06/11/2019
אשר - 11/11/2018

УПРАВЛЕНИЕ: 4X

[illegible]

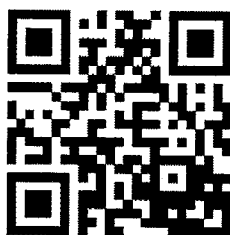
26/02/2023 - עד תאריך 30/08/2022 - מתאריך 180-4 היחידה הראשונה

**** מִיטְוָל מַאמָּר שֶׁחֵזַק אֵל ****

30/08/2022

UNCL

[illegible]



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמילוי 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 (לאחור) 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 וברורים 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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

חותמת קבלה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני: _____@_____

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 בינך 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 _____

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

2'א

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר _____

☐ משטרה

☐ משא"ז

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				שנה _____ חודש _____ יום _____

היכן אירעה הפגיעה?

☐ בדרך לעבודה

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ בדרך לביתך

☐ מחוץ למפעל

(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 _____

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	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה _____ חודש _____ יום _____			

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)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה _____ יום _____ חודש _____	שעה _____	
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

5

סייע ייצוג בהגשת תביעה

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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

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 _____	

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

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש <td>שנה</td> <td>חודש</td>	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש <td>שנה</td> <td>חודש</td>	שנה	חודש
יום	יום	יום	יום

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

☐ 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 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 _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

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

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

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 ביועצין 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 כדיו, 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 _____ חתימת התובע ✕

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות

שם משפחה

שם פרטי

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא 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 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 _____

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

חודש, 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		ללקוחה	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 _____

שוגר 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 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 וחתימת ☒ _____

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 וחתימת _____

(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 60	מספר זהות/דרכון _____	תאריך הפגיעה שנה _____ חודש _____ יום _____
שם משפחה _____	שם פרטי _____	
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 אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____



בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע עבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ח"ביה"ח

תאריך מילוי הטופס

שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

תאריך הפגיעה

28/08/2022
שנה חודש יום

פרטי התובע
שם משפחה

זל

שם פרטי

ט' מנחם

ת.ז.

32084697
ס"ב

תאריך לידה

29/07/1987
שנה חודש יום

זכר ☒ נקבה ☐

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
כפכין	1	א	1	כאסר	
טלפון קווי	טלפון נייד				
	7757992105				

פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

בתאריך 28/08/2022 בשעה 15:25 כאשר עבדתי ב אמכ בני
סוג העבודה

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

בהסגרת האגודה ק"מ"א כו"מ"א של התקנת חומת קובאן אל המטבח וט"ס
נסיונות הפגיעה / תאור התאונה סברוך אורן מהמטבח לטקס ב' אורן כצמח קרמל אל ק"מ"א
כנעסר כאל מן ומעק' בבב' בהמקום ונאלצו עססר
האיבר שנפגע

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי - קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

שם המבקש ט' מנחם

חתימה *

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים	☐ כללית	☐ מאוחדת	☐ מכבי	☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים				
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):				



6283

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד