

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.

2.11.22

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
ענף נפגעי עבודה – סניף ראשון לציון  
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון : טימור גרין, ת.ז. 320846975  
תאונה מיום 28.8.22

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תיעוד רפואי וטופס בל 250.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשי.
3. 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)

|           |         |            |        |
|-----------|---------|------------|--------|
| שם המשפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב |
| רזק       | ג'ור    | 32046975   | _____  |
| רחוב      | מס'     | עיר        | טלפון  |
| _____     | 1       | מיקוד      | _____  |

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:         | 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: 2.11.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
מס' דשיון: 52254 חתימה: \_\_\_\_\_ X

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 32046995, מרחוב י רחוק, י רחוק, ת.ז. מס' י רחוק,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או י רחוק להיות באי כוחי במשפט של  
נגד י רחוק בענין תאונת י רחוק מיום 21.9.21  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

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

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

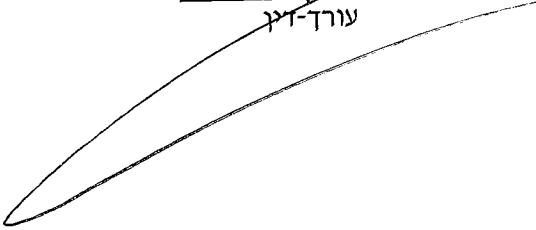
היום 2 לחודש 11 שנה 22

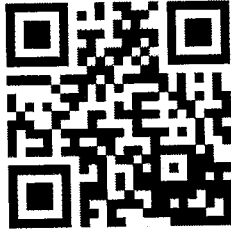
חתימה: X 

עו"ד אריאל פרייברג  
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג  
מס' רשיון: 62254  
עורך-דין





לצפייה 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 הנפגע 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](http://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](http://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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

320846975 נא ציין את מספר תעודת זהות

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  
☐ מחלת מקצוע, פרט  
☐ שכיר  
☐ עצמאי  
☐ מתנדב  
☐ הכשרה מקצועית  
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

**1 פרטי התובע**

שם משפחה: זמן  
שם פרטי: 6.1  
טלפון קווי: 320846975  
טלפון נייד: 0502199757  
דואר אלקטרוני: @

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 320846975

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלים 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. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

**מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים**

|                |         |       |      |       |       |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|                |         |       |      |       |       |

**2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא 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 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 | יישוב | מיקוד |
|                |         |       |      |       |       |

טלפון קווי: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון פקס: \_\_\_\_\_

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

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.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

28/08/2022

שנה חודש יום

היום בשבוע

ראשון

שעת הפגיעה

15:00

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 וכמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט כאשר הייתי

קולות בחיפוף של מתקנת דלתות דלתות היטא אחר על שטח מואנתי

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט: אחיך אדם. דניאל היה גולמס (הוא) רמל

הוא חזר והלך לשם בהמשך ושאלתי אותו

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מספר טלפון

כתובת

שם

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                                                        | זר            | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | החלה                   | מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי) | קופ"ח |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה                                     | 30.08.2022    | תקופת אשפוז                           |                        | שם בית החולים / מחלקה                             |       |
| שנה                                                                | 2022          | חודש                                  | 08                     | שעה                                               |       |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?         |               |                                       |                        |                                                   |       |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ |               |                                       |                        |                                                   |       |
| פרטי הרופאים המטפלים                                               |               |                                       |                        |                                                   |       |
| שם הרופא                                                           | תחום המומחיות | כתובת המרפאה                          | שם טופלתי או אני מטופל | טלפון המרפאה                                      |       |
|                                                                    | החלה          |                                       |                        |                                                   |       |

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      |
| ד"ר טהאן פרידמן | אילת הים, ת"א | 03-1412354 |

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

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

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

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

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

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

☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

| עד תאריך |      |     | מתאריך |      |     |
|----------|------|-----|--------|------|-----|
| שנה      | חודש | יום | שנה    | חודש | יום |
|          |      |     | 2022   | 08   | 21  |

| עד תאריך |      |     | מתאריך |      |     |
|----------|------|-----|--------|------|-----|
| שנה      | חודש | יום | שנה    | חודש | יום |
|          |      |     |        |      |     |

| עד תאריך |      |     | מתאריך |      |     |
|----------|------|-----|--------|------|-----|
| שנה      | חודש | יום | שנה    | חודש | יום |
|          |      |     |        |      |     |

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך \_\_\_\_\_ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_

עבודה במשמרות ☐

8

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

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה **x**

**9 פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

☐ 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 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: 24/10/22 חתימת התובע x

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: 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 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**

| 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                    |                                          | לנתקופה                                          | שם התשלום |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |
| חודש _____                    |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                                                  |           |

☐ 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 וחותמת ☒

5

**פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר**

☐ 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 מאשר לפי סעיף 343:**

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

**קיבוצי:**

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

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

|                                                                                                                                                                      |                 |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| תאריך הפגיעה                                                                                                                                                         | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה |
| 21/08/2022                                                                                                                                                           | 320846975       | 60       |
| שנה חודש יום                                                                                                                                                         | שם פרטי         | שם משפחה |
|                                                                                                                                                                      | 6               | י        |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                      |                 |          |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> 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 24/10/22 חתימת המבוטח x

תחום הטיפול: אחות

אתר: מתחם חיסונים ראשון לציון - נווה ים

רופא מטפל/מפנה: דר' צרפתי משה

סוג הפנייה: ביקור במרפאה

גורם משלם: 1 ביקור רגיל

תאריך ביצוע: 08/05/2022 שעת ביצוע: 08:19

יוזם הפניה: מטופל

#### סיכום ביקור

| שעה   | מבצע       | תוצאה | פרוט הדרכות | הערות         | התערבות                  |
|-------|------------|-------|-------------|---------------|--------------------------|
| 08:19 | קורן לינוי |       |             | PFIZER קורונה | חיסון קורונה חברת PFIZER |

מוזמן למעקב: לא

סיכום ביקור: ביקור נוצר בעקבות תיעוד חיסון באפליקציית החיסונים  
בוצע תשאול מקדים לפני חיסון קורונה- תקין

מספר ביקור אחיות: 00203684024

#### שדות ישנים

!

30/08/2022 15:57:08

#### רישום ביקור אחות

מספר ביקור: 19

סטטוס: עדכון

שם אח/ות: מוקד אחיות

תחום הטיפול: אחות מוקד מכבי ללא הפסקה

סוג הפנייה: שיחה טלפונית

תאריך ביצוע: 30/08/2022 שעת ביצוע: 15:53

סיבת הפניה: טריאז'

טימור

050-2199757

מזה יומיים כאבים בגב תחתון מקרין לישבן ולרגל שמאל.

מהיום החמרה

בריא ברקע

#### סיכום ביקור

סיכום ביקור: פרוטוקולים בשימוש: כאב גב, 144

מהות הטיפול: תור דחוף ר"ד - תואם תור

גורם מטפל:

טופל ע"י:

מחוז:

מרכז רפואי (סניף):

צויד נדרש

הומלץ ע"י:

דחיפות: לא דחוף

שם גורם מקצועי מייעץ:

דפי מידע:

דגשים לרופא:

הדרכת טיפול למבוטח: חימום האזור במשך 20 דקות כל שעתיים

מעוניין בשיחת וידאו: לא



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

תאריך הפגיעה

1

22/08/2022  
שנה חודש יום

פרטי התובע

2

שם משפחה

גלי

שם פרטי

ט' א' ח' נ' ו'

ת.ז.

ס"ב

320846977

תאריך לידה

29/07/1987  
שנה חודש יום

מין

☒ זכר ☐ נקבה

כתובת

רחוב / תא דואר

כפכין  
טלפון קווי

מס' בית

1

כניסה

1

טלפון נייד

05050211997777777777

פרטי התאונה

3

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

בתאריך 28/08/2022 בשעה 15:30 כאשר עבדתי ב אמ"כ ב"מ

סוג העבודה

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

כתובת מקום התאונה

בהסדרת העבודה קיבלתי כניסה אל המקום ללא קבלת קובץ אזהרה או הסבר על  
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה ספרון אזהרה שהוספתי למקום. כשחזרתי אל המקום  
נכנסתי אליו מן המעקה בלבד והאבדתי את הכרטיס

האיבר שנפגע

הצהרה

4

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' א' ח' נ' ו'

חתימה \*

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

□ □ □ □

□ □ □ □



1283

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

# מכבי שירותי בריאות

תאריך: 30/08/2022

מ.ר גורם מפנה



032485

קוד הפניה: 287255358

טלפון: 03-5061012 03-5064044

פקס: 03-5082349

כתובת: רוטשילד 29, בת ים

ד"ר קזנסקי איגור

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                                   |  |                |  |                   |  |                           |  |
|-----------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| 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 |  | מיקוד: 7544994    |  |                           |  |

## מכון פיזיותרפיה

גורם משלם: 30 ביקור ר"ד

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 ניורוסקולרי 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 -

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: פיזיותרפיה לגב תחתון; תרגילים; חימום מקומי וטיפול נוסף לשיקולך

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

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

30/08/2022

תאריך

חתימה וחתימת

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.

תאריך: 30/08/2022

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



032485

קוד הפניה: 287255375

טלפון: 03-5061012 03-5064044

פקס: 03-5082349

כתובת: רוטשילד 29, בת ים

ד"ר קזנסקי איגור

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

|                                   |                |                   |                           |
|-----------------------------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| 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 |                   |                           |



0320846975

### התייעצות מומחה

בת תחום: עמוד שדרה

אורתופדיה - עמוד שדרה

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

גורם משלם: 30 ביקור ד"ר

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 ניורוסקולרי דיסטלי

אבחנה:

- SCIATICA Left
- LOW BACK PAIN

מעשנת: לא

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 -

מטרת ההפניה: פיזיותרפיה לגב תחתון; תרגילים; חימום מקומי וטיפול נוסף לשיקולך

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

30/08/2022

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

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



0307474692



032485

קוד הפניה: 287255349

טלפון: 03-5061012 03-5064044

פקס: 03-5082349

כתובת: רוטשילד 29, בת ים

|                                   |  |                |  |                   |  |                           |  |
|-----------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| 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 |  | 0320846975        |  |                           |  |

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 ניורוסקולרי 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 מנתחים/מומחה  
מ.ר. 32485, מ.ר. 28168

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

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

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

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

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 יעקב יעקוביץ  
אחראי על מנתח  
22.08.2022

|             |            |            |                     |             |           |
|-------------|------------|------------|---------------------|-------------|-----------|
| 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     |
| שם האב:     | איגור      | כתובת:     | 2199757             |             |           |
| שם האב:     |            |            | הברקן 1 ראשון לציון |             |           |

## 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 לניתוחי עמוד שדרה  
מ.ר. 125581  
אלון גרונדשטיין  
מ.ר. 38973  
מ.ר. 125581