

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

1.12.22

לכבוד
אגף השיקום – קצין התגמולים
ועדה רפואית עליונה
מרחוב ז'בוטינסקי 94
פתח תקווה 4959521

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדואר

א.ג.נ.,

הנדון: דורי גרוסמן, ת.ז. 37306347
ערר על החלטת הועדה הרפואית מיום 23.10.22

מרשי שבנדון מתכבד להגיש ערר על החלטת הועדה רפואית כדלקמן:

1. הועדה הרפואית הנכבדה מדרג ראשון קבע למערער נכות בשיעור 80% מיום 1.10.22 לפי סעיף ליקוי 22(7)(ד).
2. החלטת הועדה הנכבדה לא משקפת את חומרת מצבו של המערער ואת חומרת מצבו.
3. סעיף 22(7)(ד) לתקנות הנכים מורה כדלקמן:

(7) דלקת כליות כרונית

- א. הפרשת חלבון קבועה בשתן, עם גלילים במשקע, בלי בצקת, בלי עליה של לחץ הדם, ללא 20% Uremia
- ב. כמות אור בסעיף קטן (א) עם בצקת, עם עליה של לחץ הדם וללא 30% Uremia
- ג. תסמונת נפרוטית או עליה בינונית בלחץ הדם, פגיעה בתפקודי הכליה, אוראה (Urea) בדם עד 50 מ"ר אחוז 50%
- ד. תסמונת נפרוטית בולטת עם עליה ניכרת של לחץ הדם, אוראה (Urea) בין 50 ל-80 מ"ר אחוז 80%
- ה. עם הפרעות קשות מצד הכליות ומחזור הדם, החולה איננו מסוגל לעבודה 100%

4. עניין עובדתי הוא שהמערער סובל ממחלה כלייתית עם עליה ניכרת של לחץ הדם וערכי אוראה גבוהים (ואף גבוהים מאוד!).

5. אולם, בניגוד לקביעת הועדה הנכבדה מצבו של המערער חמור מכך פי כמה וכמה.

6. סעיף הליקוי אשר נקבע למערער לא מגלם את ההפרעות הקשות מצד הכליות ומחזור הדם, מהקושי הניכר בתפקוד ובעבודה ומן העובדה שכליותיו מצויות במצב של אי ספיקה והוא ממתין להשתלת כליה.
7. קביעת הועדה הנכבדה לא משקפת את חומרת מצבו, את הסימפטומים הקשים מהם סובל ואת ההשפעה הניכרת על תפקודו הן בעבודה והן בביצוע תפקודי היומיום.
8. בנסיבות ובשים לב לחומרת מצבו של המערער תתבקש הועדה הרפואית הנכבדה לקבל את הערר ולקבוע את נכותו של המערער בשיעורה המקסימלי.
9. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

משרד הביטחון / אגף השיקום

תאריך
מס' תיק 365714006

אל: המרפאה המחוזית
עבור יו"ר ועדה רפואית עליונה

ערעור על החלטת ועדה רפואית
לפי תקנות הנכים (ועדה רפואית עליונה) תשכ"ד 1964

1. שם משפחה 2705 מן שם פרטי 707 זוגי 707 רחוב מס' בית 173
מיקוד 448500 מס' טלפון בבית מס' טלפון בעבודה 052-3902999 סלולרי 707 מ

2. התאריך שבו נתקבלה הודעת קצין תגמולים על החלטת הועדה הרפואית 5.11.22
דרגת הנכות שנקבעה ע"י הועדה הרפואית בתאריך

3. הנני מערער על קביעת הועדה מתוך הנימוקים כדלקמן:
(ציין נימוקים מפורטים רפואיים המתייחסים לפגימה/ות)

רצה
מכתר

חתימת המערער

4. אם ברצונך להגיש נימוקי ערעור או לצרף חוות דעת ממומחים ציין זאת בטופס ע"מ
שתקבל ארכה בהתאם לחוק מהמרפאה המחוזית.

לשימוש המשרד:

- הערות:
1. ערעור יוגש תוך 45 יום מיום קבלת הודעת קצין תגמולים על החלטת הועדה הרפואית.
 2. אם יש ברשותך נא צרף תעודות רפואיות, אישורים, חוות דעת וכו'.
 3. אם המקום אינו מספיק – נא צרף דף נוסף.