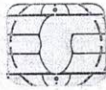


משרד הפנים  
وزارة الداخلية



מדינת ישראל  
دولة اسرائيل

תעודת זהות  
بطاقة هوية



שם המשפחה اسم العائلة  
מלכי

השם הפרטי الاسم الشخصي  
יצחק

תאריך הלידה تاريخ الولادة  
ח' בתשרי התשמ"ד  
14.09.1983

תאריך הנפקה تاريخ الاصدار  
ח' בניסן התשע"ז  
4.4.2017

בתוקף עד ساري المفعول حتى  
כ"א באדר ב' התשפ"ז  
30.03.2027



מספר הזהות رقم الهوية  
0 3877409 7

השם הפרטי الاسم الشخصي  
יצחק

שם המשפחה اسم العائلة  
מלכי

מספר הזהות رقم الهوية  
0 3877409 7

שם האב اسم الأب  
יעיש

שם הסב اسم الجد  
יצחק

שם האם اسم الأم  
שולמית

מקום הלידה مكان الولادة  
ישראל

המין الجنس  
זכר

קוד אבטחה  
42-70-52-88 00

מעמד الوضع  
אזרחות ישראלית

מספר הכרטיס رقم البطاقة  
006949717



Ariel Freiberg &lt;frei.ariel@gmail.com&gt;

**FW: 75034-1-20 הפניה ליעוץ : מלכי יצחק פניה**

1 message

law.moshe@gmail.com <law.moshe@gmail.com>  
To: Ariel Freiberg <frei.ariel@gmail.com>

Sun, Apr 19, 2020 at 5:30 PM

**From:** נשות נשות <neshot2@neshot.org.il>  
**Sent:** Sunday, April 19, 2020 10:37 AM  
**To:** משה אלון <law.moshe@gmail.com>  
**Subject:** 75034-1-20 הפניה ליעוץ : מלכי יצחק פניה

משה שלום !

לטיפולך המסור אודה

בברכה ליום טוב ושבוע טוב

בת-שבע



הפניה ליעוץ עוד 1-20.doc  
38K

הארגון הארצי לקידום מעמד השוטר והסוהר  
(נשות השוטרים והסוהרים)  
(ע"ר 4-4547-00-58)



תאריך: 19.4.2020

לכבוד

עורך דין : משה אלון

**הנדון: הפניה לקבלת יעוץ משפטי ראשוני (פרו בוו)**

הפניה מס: 75034-1-20

הננו להפנות אליך את השוטר / הסוהר / גמלאי, שפרטיו רשומים להלן, לקבלת יעוץ משפטי ראשוני בלבד:

שם פרטי ומשפחה: מלכי שרית עבור: מלכי יצחק

מ.א.: 1143197 ת.ז.: 38774097

טל: טל נוסף: 050-5074045 טלפון נוסף:

**נושא הבקשה :**

תביעה לביטוח לאומי- בגין פגיעה בכתף שמאל ביום ספורט.

**לאחר פגישת הייעוץ ובמידה והנך ממליץ על המשך סיוע, אנא שלח חוות דעתך המשפטית לארגון.**

נא טיפולך.

**הצהרת הפונה:**

הפונה הצהיר בפנינו כי הארגון הביא לידיעתו כי השירות המשפטי שניתן על ידך, הינו יעוץ משפטי ראשוני בלבד, שניתן בע"פ ובפגישה אישית אחת בלבד.

הפונה יתאם עמכם טלפונית את מועד הפגישה ואת מיקומה

בברכה,

בת-שבע

ב/אביגיל שררה

מנכ"לית

הארגון הארצי לקידום מעמד השוטר והסוהר  
(נשות השוטרים והסוהרים)  
(ע"ר 4-4547-00-58)



תאריך: 19.4.2020

לכבוד

עורך דין : משה אלון

**הנדון: הפניה לקבלת יעוץ משפטי ראשוני (פרו בוו)**

**הפניה מס: 75034-1-20**

הננו להפנות אליך את השוטר / הסוהר / גמלאי, שפרטיו רשומים להלן, לקבלת יעוץ משפטי ראשוני בלבד:

שם פרטי ומשפחה: מלכי שרית עבור: מלכי יצחק

מ.א.: 1143197 ת.ז.: 38774097

טל: טל נוסף: 050-5074045 טלפון נוסף:

**נושא הבקשה :**

תביעה לביטוח לאומי- בגין פגיעה בכתף שמאל ביום ספורט.

**לאחר פגישת הייעוץ ובמידה והנך ממליץ על המשך סיוע, אנא שלח חוות דעתך המשפטית לארגון.**

נא טיפולך.

**הצהרת הפונה:**

הפונה הצהיר בפנינו כי הארגון הביא לידיעתו כי השירות המשפטי שיינתן על ידך, הינו יעוץ משפטי ראשוני בלבד, שיינתן בע"פ ובפגישה אישית אחת בלבד.

הפונה יתאם עמכם טלפונית את מועד הפגישה ואת מיקומה

בברכה,

בת-שבע

ב/אביגיל שררה

מנכ"לית

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)  
RAMAT GAN, 5252204  
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

23.11.20

מ.ל.ב

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד

מחלקת נפגעי עבודה  
המוסד לביטוח לאומי – תל אביב  
באמצעות פקס: 03-6250222  
ח.נ.

נאח כקס  
13.12.20  
אסתר

הנדון: יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
תאונה מיום 15.11.17

1. מצ"ב טופס תביעה לנכות בצירוף תיעוד רפואי והערכת נכות.

2. לעיונם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

038774097

נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 1 מתוך 5



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

פרטי התובע

1

|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                 |  |                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|----------------------|--|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                         |  | שם פרטי         |  | מספר זהות ס"ב        |  |
| מלכי                                                                                                                                                                                                                                             |  | יחיאל           |  | 038774097            |  |
| מין                                                                                                                                                                                                                                              |  | מספר אישי בצה"ל |  | תאריך לידה           |  |
| זכר <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                          |  | 1143197         |  | 14091993             |  |
| נקבה <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                    |  |                 |  | שנה חודש יום         |  |
| עיסוק                                                                                                                                                                                                                                            |  | מספר אישי בצה"ל |  | תאריך לידה           |  |
| שכיר <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         |  | 1143197         |  | 14091993             |  |
| מתנדב <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                   |  |                 |  | שנה חודש יום         |  |
| עצמאי <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                   |  |                 |  |                      |  |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים)                                                                                                                                                                                                                       |  |                 |  |                      |  |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                   |  | מס' בית         |  | כניסה                |  |
| קידום 85                                                                                                                                                                                                                                         |  | 22              |  | 6                    |  |
| 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 ס"ב |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                 |  |                      |  |
| <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתיך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |  |                 |  |                      |  |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)                                                                                                                                                                                                       |  |                 |  |                      |  |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                   |  | מס' בית         |  | כניסה                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                 |  |                      |  |
| דירה                                                                                                                                                                                                                                             |  | יישוב           |  | מיקוד                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                 |  |                      |  |

פרטי הפגיעה

2

|              |  |         |  |          |  |
|--------------|--|---------|--|----------|--|
| תאריך הפגיעה |  | שם פרטי |  | שם משפחה |  |
| 15112017     |  | יחיאל   |  | מלכי     |  |
| שנה חודש יום |  | מס' בית |  | כניסה    |  |
| 15112017     |  | 22      |  | 6        |  |
| דירה         |  | יישוב   |  | מיקוד    |  |
|              |  |         |  |          |  |

3

- ששכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
- ששם, טלפון וכתובת העסק
- ששם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולות ההתנדבות

## מיקוד

ישוב

## דירה

## ניסה

בית

רחוב/תא דואר

## המקצוע ערב הפגיעה:

κ3

## מקום השירות

צה"ל

**משמר הכנסת**

□ שב"ס

משא"ז

משטרה 

□ אחר

יחוב/תא

ישוב

## מיקוד

— 079 '0m

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה

אָל ☐    נ ☐

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

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט

תקופת אשפוז

שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

## כתובת המרפאה

## תחום מומחיות

שם הרופא

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

3/7

כאבים והגבלות תנועתיות כתוצאה מ  
חולשה וקושי בהליכה  
קושי בריכוז תפקודים יומיומיים  
קושי בריכוז מידע וזיכרון

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט:

שם המעביד וכתובתו:

תאריך החזרה לעבודה:

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה:

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר:

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע:

9

סיזע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן,

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר:

שם גורם מייצג או מסייע

טלפון

כתובת

03-7412359

מאה ב"ד, רח

ד"ר אריאל מייזל

30.4.20

תאריך תחילת התקשרות:

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

|                  |                    |          |            |
|------------------|--------------------|----------|------------|
| שמות בעלי החשבון |                    |          |            |
| אניק וסרית - אבי |                    |          |            |
| שם הבנק          | שם הסניף / כתובתו  | מס' סניף | מספר חשבון |
| יהב              | סניף ישראלי ת"א יב | 130      | 394019     |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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 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.

תאריך 22.11.20 חתימת מקבל הגמלה \* חתימת השותפים לחשבון \* X

הצהרה

11

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 22.11.20 חתימת התובע \* X

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

|                                                                                                                                                                            |                 |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| תאריך הפגיעה                                                                                                                                                               | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה |
| 15/11/2017                                                                                                                                                                 | 038774097       | 11       |
| שנה חודש יום                                                                                                                                                               | שם פרטי         | שם משפחה |
|                                                                                                                                                                            | יצחק            | לוי      |
| חבר בקופת חולים                                                                                                                                                            |                 |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ |                 |          |

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 \_\_\_\_\_ 22.11.20 חתימת המבוטח x \_\_\_\_\_

## י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, ד"ר יצחק זלמן אשכנזי, מרחוב ד' 0377740, להיות באי כוחי במשפט של ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום 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 30 לחודש 4 שנה 20

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרייברג  
מס' רשום: 62254

עורך-דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

|                                                       |                         |                                |                 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------|
| חלק א'<br>אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) |                         |                                |                 |
| שם משפחה<br><u>קדוש יוסף</u>                          | שם פרטי<br><u>דניאל</u> | תעודת זהות<br><u>034774097</u> | שם האב<br>_____ |
| רחוב<br>_____                                         | מס'<br><u>226</u>       | עיר<br><u>ראשון לציון</u>      | מיקוד<br>_____  |
| טלפון<br>_____                                        |                         |                                |                 |

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 שלהן, 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'<br>שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____ |          |          |          |
| רופאים:                                                              | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| מכונים, מעבדות:                                                      | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____                                                             | 4. _____ | 4. _____ | 4. _____ |

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_  
במקרה של קטין: שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
תאריך: 30.4.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 רשיון: \_\_\_\_\_  
X דניאל קדוש מייצג חתימה: \_\_\_\_\_

שם הרופא  
ד"ר מרינה חננשילי  
רופאת חשפחה  
35590  
מספר רשיון  
רחוב ירושלים 21 ראש"צ  
9599300-03  
טלפון  
פקס  
מרכז: מרפאה ירושלים

תאריך 16/11/2017

**אישור מחלה**

פרטי המטופל

|                   |           |         |               |       |              |            |              |      |
|-------------------|-----------|---------|---------------|-------|--------------|------------|--------------|------|
| שם המטופל         | מלכי יצחק | מס זהות | 00-03877409-7 | גיל   | 34.02        | ת.ל.ד      | 14/09/1983   | יערש |
| שם משפחה ושם פרטי | מלכי יצחק | מס זהות | 00-03877409-7 | גיל   | 34.02        | ת.ל.ד      | 14/09/1983   | יערש |
| ראשון לצי         | קידוש השם | מס בית  | 22 / 6        | טלפון | 54 - 8077957 | טלפון מסוף | 50 - 5074045 |      |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

|                      |     |       |       |
|----------------------|-----|-------|-------|
| סובל מ               | קוד | איטין | אבחנה |
| DISLOCATION SHOULDER | LT  | 831   |       |

מומלץ על מנתח מתאריך 16/11/2017 עד תאריך 23/11/2017 ועד בכלל מה"כ ימי מחלה 6

אישור זה אינו בתוקף עבור חסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|          |                   |            |       |                    |                   |
|----------|-------------------|------------|-------|--------------------|-------------------|
| שם הרופא | ד"ר מרינה חננשילי | מספר רשיון | 35590 | חתימה וחתימת הרופא | **נחתם דיגיטלית** |
|----------|-------------------|------------|-------|--------------------|-------------------|

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

|            |               |                                                |            |
|------------|---------------|------------------------------------------------|------------|
| אישור מחלה | מלכי יצחק     | המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** | דף 1 מ 1   |
| מספר רשיון | 00-03877409-7 | הודפס ע"י ד"ר מרינה חננשילי                    | 16/11/2017 |

ד"ר מנדל פריד  
רופא אורתופד  
17573  
רח' יהודה לייב 31 ראשון  
03-8681888  
03-8681842  
מחוז: מרכז  
מיקום: פתח תקוה

22/11/2017 תאריך

אישור מחלה

|                   |  |               |  |          |  |              |  |
|-------------------|--|---------------|--|----------|--|--------------|--|
| שם המטופל         |  | מס' זהות      |  | מס' זהות |  | מס' זהות     |  |
| מלכי יצחק         |  | 00-03877409-7 |  | 34.02    |  | 14/09/1983   |  |
| שם משפחה ושם פרטי |  | גיל           |  | זמן      |  | ת. לידה      |  |
| ראשון לבי         |  | 22 / 8        |  | 54       |  | 50 - 5074045 |  |
| רחוב              |  | מס' בית       |  | טלפון    |  | טלפון סלולרי |  |

15/11/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

העודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

| קוד   | אופן     | אבחנה                                         |
|-------|----------|-----------------------------------------------|
| 79989 |          | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |
| 7261  | shoulder | ROTATOR CUFF SYNDROME                         |

מומלץ על מנתה מתאריך 16/11/2017 עד תאריך 25/11/2017 תוך כחול סה"כ ימי מחלה 10

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות מטיפניים, צבאיים ומשרד הביטחון

17573

ד"ר מנדל פריד

החתימה והחותמת הרופא

שם הרופא

דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

אישור מחלה

22/11/2017

הודפס ע"י ד"ר מנדל פריד

00-03877409-7

מלכי יצחק

סניף מור ראשון לציון  
היחידה לאולטרה-סאונד

טל: 03-9596500

**תוצאות בדיקת אולטרה-סאונד**

שם נבדק/ת: מלכי יצחק ת.ז.: 038774097 - 1 גיל: 34/2 מין: ז'  
כתובת: ראשון לציון, קידוש השם 0022 טלפון: 050 - 5074045 רופא מפנה/מטפל: מנדל  
תאריך בדיקה: 21/11/2017 גורם מפנה: תמרכז פרידי  
שם מדפיסה: דליה בדיקה קודמת: לא

**US כתף צד שמאל**

סיבת הבדיקה: נקע לפני שבוע ימים.

1. Long Tendon of Biceps Muscle - הדגמה תקינה.
2. Supraspinatus Tendon - טנדינוזיס והסתיידות קלה ללא קרע.
3. Infraspinatus Tendon - טנדינוזיס והסתיידות קלה.
- Teres Minor Tendon - הדגמה תקינה.
4. Subscapularis Tendon - טנדינוזיס קל באיזור האחיזה.
- Subacromain Bursa - הדגמה תקינה.
5. נוזל בפרק של הכתף - לא הודגם.
6. הדגמה של פרק אקרומיו קלויקולרי - הדגמה תקינה.
7. מבנה גרמי - הדגמה תקינה.

סיכום: טנדינוזיס קל.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

בתודה עבור הפניית הנבדק/ת  
ובברכה,

ד"ר נתן ניל מירמן  
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 27816 מ.ר.מ. 14034

**לנבדק/ת, בדיקה זו נעשית בהוראת רופא/ה כחלק מן המעקב הרפואי שלך. יש להעביר תוצאות הבדיקות  
בהקדם אל הרופא/ה המפנה. הוא גם יסביר לך משמעות הממצאים והצורך בהמשך מעקב וטיפול. יש  
להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לבדיקה חדשה !!!**

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.  
עמוד 1 מתוך 1

08/12/2017 תאריך

**הפניה לפיזיותרפיה**  
 (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |               |        |     |              |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |     |              |              |
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 34.03  | ז   | 14/09/1983   | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת.לידה       | שם האב       |
| ראשון לציון       | קידוש השם     | 22 / 6 |     | 54 - 8077957 | 50 - 5074045 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון        | טלפון נוסף   |

15/11/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

32061487702

מספר הפניה:



לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

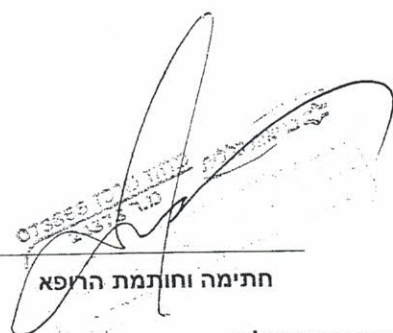
ROTATOR CUFF SYNDROME

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה  
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2017:  
 אתמול לאחר משחק כדורסל במיסגרת העבודה כאב בחגורת כתף שמאל  
 שהתגבר עד היום. לאל נפיל ללא חבלה ישירה.  
 צילום - כתף ללא ממצאים טרואמטיים.  
 22/11/2017 U-S כתף- ימני טנדינוזיס SSP ובאינפרסטינוס עם  
 הסתיידות.  
 08/12/2017: עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל.

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 16/11/2017:  
 כאב בקידמת הכתף עם רגישות מוטלגבלות.  
 להערכה עי' U-S ARCOXIA מנוחה.  
 22/11/2017: הטבה - ע' מארקוסיה - לפיזיותרפיה..  
 08/12/2017: רגישות בכתף משאל עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין.


  
 חתימה וחותמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

2 ר.ה.ו

03/01/2018 תאריך

סיכום ביקור

פרטי המטופל

|                   |               |        |       |            |              |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|--------------|
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 34.03  | ז     | 14/09/1983 | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת. לידה    | שם האב       |
| קידוש השם         | 22 / 6        | מס בית | 54    | 8077957    | 50 - 5074045 |
| ראשון לציון       | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 15/11/2017

שלום רב,

תאריך הביקור: 03/01/2018  
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה  
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 15/11/2017

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2017:  
אתמול לאחר משחק כדורסל במסגרת העבודה כאב בחגורת כתף שמאל  
שהתגבר עד היום. ללא נפיל ללא חבלה ישירה.  
צילום - כתף ללא ממצאים טרואמטיים.  
22/11/2017: U-S כתף - ימני טנדינוזיס ב-SSP ובאינפרסטיוס עם  
הסתיידות.  
08/12/2017: עדיין סובל מלאבים בכתף שמאל.  
29/12/2017: כתף שמאל ללא שיפור, מתקשה בשינה  
03/01/2018: עדיין סובל מלאבים בכתף שמאל

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 16/11/2017:  
כאב בקידמת הכתף עם רגישות מולגבלות.  
להערכה עי U-S ARCOXIA מנוחה.  
22/11/2017: הטבה - ע ארקוסיה - לפזיוטרפיה.  
08/12/2017: רגישות בכתף משאל עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין.  
29/12/2017: רגישות בכתף שמאל עם הגבלה בתנועות וסמני צביטה חיוביים.  
נירוסקולרי תקין  
03/01/2018: ללא שינוי

| קוד  | איפיון          | אבחנה                                     |
|------|-----------------|-------------------------------------------|
| 9599 | s/p lt schoulde | אבחנה                                     |
| 7261 | rt ssp tendinos | INJURY TRAUMATIC<br>ROTATOR CUFF SYNDROME |

דיון/תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/12/2017:  
ההפניות שהופקו ב 08/12/2017:  
הפניה לפיזיותרפיה  
29/12/2017  
03/01/2018

| הפניות       | פרטי ההפניה        | קוד  | התחייבות | סטטוס |
|--------------|--------------------|------|----------|-------|
| טופס בקשה    |                    | H139 |          | הודפס |
| הפניה לדימות | 78555-ת.מ. MRI כתף | H3   |          | הודפס |

סיכום והמלצות: מומלץ להמנע מפעילות מאומצת ביד שמאל במשך 3 חודשים מהיום

בברכה,

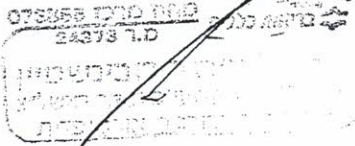
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

24373

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחותמת הרופא



סיכום ביקור

מלכי יצחק

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2 מ 2

03/01/2018

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 00-03877409-7

בד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
רופא אורתופד  
24373  
רח' יהודה לייב 31 ראשל"צ  
03-9681888  
טלפון  
פקס

מרכז:מרקז מרפאה:פינסקר

03/01/2018 תאריך

## הפניה לדימות

| פרטי המטופל       |               |             |              |              | מלכי יצחק  |
|-------------------|---------------|-------------|--------------|--------------|------------|
| שם משפחה ושם פרטי | 00-03877409-7 | 34.03       | 14/09/1983   | ישי          | שם האב     |
| מס זהות           | גיל           | מין         | ת.לידה       | שם האב       | שם האב     |
| 22 / 6            | מס בית        | טלפון       | 54 - 8077957 | 50 - 5074045 | טלפון נוסף |
| קידוש השם         | רחוב          | ראשון לציון | ישוב         | ישוב         | ישוב       |

15/11/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32061493814

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061493814

תז נבדק



38774097

רשיון רופא



024373

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

## שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי  | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------|-------------|
| 78555     | 73221     | ת.מ. MRI כתף | 10406029    |

## החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2017:  
אתמול לאחר משחק כדורסל במסגרת העבודה כאב בחגורת כתף שמאל שהתגבר עד היום. לאל נפיל ללא חבלה ישירה.  
צילום - כתף ללא ממצאים טרואמטיים.  
22/11/2017: U-S כתף - ימני טנדינוזיס ב-SSP ובאינפרסטינוס עם הסתיידות.  
08/12/2017: עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל.  
29/12/2017: כתף שמאל ללא שיפור, מתקשה בשינה  
03/01/2018: עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל

## ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 16/11/2017:  
כאב בקידמת הכתף עם רגישות מוגברת.  
להערכה עי' U-S ARCOXIA מנוחה.  
22/11/2017: הטבה - ע' מארקוסיה - לפזיטרפיה..  
08/12/2017: רגישות בכתף משאל עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין.  
29/12/2017: רגישות בכתף שמאל עם הגבלה בתנועות וסמני צביטה חיוביים.  
נירוסקולרי תקין  
03/01/2018: ללא שינוי

2 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

00-03877409-7 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 03/01/2018

הפניה לדימות

מלכי יצחק

אבחנה משוערת

| אבחנה                 | איפיון          | קוד  |
|-----------------------|-----------------|------|
| INJURY TRAUMATIC      | s/p lt schoulde | 9599 |
| ROTATOR CUFF SYNDROME | rt ssp tendinos | 7261 |

דיון/תוכנית טיפולית :29/12/2017  
ההפניות שהופקו ב :08/12/2017  
הפניה לפיזיותרפיה :29/12/2017  
:03/01/2018

מטרת הבדיקה: כתף שמאל

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

24373

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה וחוזמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

2 ה.ר.ו

הפניה לדימות

מלכי יצחק

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2 מ 2

00-03877409-7 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 03/01/2018

09/01/2018 תאריך

## סיכום טיפול

|                   |               |        |              |              |
|-------------------|---------------|--------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |              |              |
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 34.04  | 14/09/1983   | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | ת.לידה       | שם האב       |
| ראשון לציון       | קידוש השם     | 22 / 6 | 54 - 8077957 | 50 - 5074045 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית | טלפון        | טלפון נוסף   |

מס' הפניה במכון הפיזיותרפיה: 170495258 מספר זיהוי הפניה: 32061487702

תאריך הפניה: 08/12/2017

סוג הביקורים לסדרה: 2 תאונת עבודה

לכבוד הרופא המטפל/מקצועי: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

רשיון רופא: 24373

מרפאה: מרפאת פינסקר

מקצוע: אורטופדיה

אבחנה בהפניה:

| צד | קוד  | איפיון | אבחנה                 |
|----|------|--------|-----------------------|
|    | 7261 |        | ROTATOR CUFF SYNDROME |

אבחנה לטיפול:

| צד   | קוד  | אבחנה         |
|------|------|---------------|
| שמאל | 7295 | PAIN SHOULDER |

תאריך תחילת טיפול: 10/12/2017

מס' ביקורים בפועל: 4 פרטני: 4

מס' אי הופעות לטיפול: 0

רשימת כל הטיפולים:

| כמות | טיפול                             |
|------|-----------------------------------|
| 1    | אבחון ראשון- בדיקה של פיזיותרפיסט |
| 4    | הדרכה לתרגול בבית                 |
| 4    | תרגול כללי                        |
| 4    | הדרכה וייעוץ (לאורח חיים בריא)    |
| 4    | תרגילי חיזוק                      |
| 3    | טיפול ב-Ultra Sound               |
| 2    | טיפול עם מכשיר זרמים              |

סיכום טיפול

מלכי יצחק

דף 1 מ 2

09/01/2018

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

00-03877409-7 הודפס ע"י שי עמרני

כאבים:

| איבר | צד   | דרוג בעת פתיחת הסידרה | דרוג בעת סגירת הסידרה |
|------|------|-----------------------|-----------------------|
| כתף  | שמאל | 8                     |                       |

הערכת מטפל: 3-ללא שינוי

הערות להערכת המטפל: כאבים בכתף בדיקה מبدלת לברום או ACJ

**שי עמרני**  
פיזיותרפיסט מ.ר. 38604  
מכון פזיותרפיה הרצלי  
טל: 03-6752870

המטופל ביקר במכון בתאריכים:  
09/01/2018  
02/01/2018  
19/12/2017  
10/12/2017

**שי עמרני**

שם מטפל

חתימה וחותמת

סיכום טיפול

מלכי יצחק

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הודפס ע"י שי עמרני 00-03877409-7

דף 2 מ 2

09/01/2018



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300  
טל': 08-9779999 פקס: 08-9779999 <http://www.assafh.org/>



Assaf Harofeh Medical Center

affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 <http://www.assafh.org/>

מודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית MRI סטיות

טלפון: 08-9542111 פקס: 08-9779831; אתר: WW.ASSAFH.ORG

ת.ז.: 3877409-7

שם: מלכי יצחק

כתובת: קידוש השם 22 ראשון לציון 7530325

מין: ז

גיל: 34 ש

מקרה: 32049298

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור<br>ביצוע | שעת אישור<br>ביצוע | תיאור שירות             |
|----------------------|--------------------|-------------------------|
| 24/01/2018           | 01:59              | MRI כתף, ללא חומר ניגוד |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

להלן ממצאי בדיקת MRI של הכתף השמאלית

הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות T1, PD, T2 במישורים השונים.

התוויה קלינית: כאבים.

מצאים:

מפרק ה ACJ מודגם שמור.

ללא נוזל יתר בבורסה הסוב-אקרומיאלית.

קרע חלקי קטן באחיזה קדמית של גיד ה SP בקוטר קדמי-אחורי כ 0.7 ס"מ ורוחב צדדי כ 0.5 ס"מ.

שאר הגידים המסובבים הודגמו תקינים.  
מרקם ונפח של השרירים תקינים.

גיד הביצפס הודגם שמור.

הלברום הודגם שמור.

ללא עדות לשברים, בצקות או אוסטאונקרוזיס.

הודגם נוזל תוך פרקי בכמות פיזיולוגית.

לסיכום :

קרע חלקי קטן באחיזת גיד ה SSP כמתואר.

נבדק/ת יקר/ה

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים רפואיים משמעותיים .  
לפיכך חובה לפנות עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לרופא המטפל כדי לאפשר  
המשך בירור וטיפול.

דו"ח זה מכיל מידע המוגן לפי חוק הגנת הפרטיות.  
המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| דר. ליסי אולג   | 33834 | 27205 | 24/01/2018  | 16:11     |

תאריך הקלדה: 25/01/2018



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300  
טל': 08-9779999 פקס: 08-9779996 <http://www.assafh.org/>



Assaf Harofeh Medical Center  
affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 <http://www.assafh.org/>

סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקת תהודה מגנטית MRI ססיות

טלפון: 08-9542111

פקס: 08-9779831; אתר: [WW.ASSAFH.ORG](http://WW.ASSAFH.ORG)

ת.ז.: 3877409-7

שם: מלכי יצחק

כתובת: קידוש השם 22 ראשון לציון 7530325

מקרה: 32049298

מין: ז

גיל: 34 ש

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור<br>ביצוע | שעת אישור<br>ביצוע | תיאור שירות             |
|----------------------|--------------------|-------------------------|
| 24/01/2018           | 01:59              | MRI כתף, ללא חומר ניגוד |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והממצאים

להלן ממצאי בדיקת MRI של הכתף השמאלית

הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות T1, PD, T2 במישורים השונים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

מפרק ה ACJ מודגם שמור.

ללא נוזל יתר בבורסה הסוב-אקרומיאלית.

קרע חלקי קטן באחיזה קדמית של גיד ה SP בקוטר קדמי-אחורי כ 0.7 ס"מ ורוחב צדדי כ 0.5 ס"מ.

שאר הגידים המסובבים הודגמו תקינים.  
מרקם ונפח של השרירים תקינים.

גיד הביצפס הודגם שמור.

הלבדום הודגם שמור.

ללא עדות לשברים, בעקות או אוסטאונקרוזיס.

הודגם נוזל תוך פרקי בכמות פיזיולוגית.

לסיכום:

קרט חלקי קטן באחיצת גיד ה SSP כמתואר.

נבדק/ת יקר/ה

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים רפואיים משמעותיים.  
 לפיכך חובה לפנות עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לרופא המטפל כדי לאפשר  
 המשך בירור וטיפול.

דו"ח זה מכיל מידע המוגן לפי חוק מגנת הפרטיות.  
 המוסד שלו לא כדון עובר עבירה.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| דר. ליסי אולג   | 33834 | 27205 | 24/01/2018  | 16:11     |

תאריך הקלדה: 25/01/2018



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300  
טל: 08-9779999 פקס: 08-9779996 <http://www.assafh.org/>



Assaf Harofeh Medical Center  
affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel  
Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 <http://www.assafh.org/>

טודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית MRI סטיות

טלפון: 08-9542111 פקס: 08-9779831; אתר: WW.ASSAFH.ORG

ת.ז.: 3877409-7

שם: מלכי יצחק

כתובת: קידוש השם 22 ראשון לציון 7530325

מקרה: 32049298

מין: ז

גיל: 34 ש

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תאריך אישור ביצוע | שעת אישור ביצוע | תיאור שירות             |
|-------------------|-----------------|-------------------------|
| 24/01/2018        | 01:59           | MRI כתף, ללא חומר ניגוד |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והממצאים

להלן ממצאי בדיקת MRI של הכתף השמאלית

הטכניקה: הבדיקה בוצעה בתהודות T1, PD, T2 במישורים השונים.

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

מפרק ה ACJ מודגם שמור.

ללא נוזל יתר בבורסה הסוב-אקרומיאלית.

קרע חלקי קטן באחיזה קדמית של גיד ה SP בקוטר קדמי-אחורי כ 0.7 ס"מ ורוחב צדדי כ 0.5 ס"מ.

שאר הגידים המסובבים הודגמו תקינים.  
מרקם ונפח של השרירים תקינים.

גיד הביצפס הודגם שמור.

הלברום הודגם שמור.

ללא עדות לשברים, בצקות או אוסטאונקרוזיס.

הודגם נוזל תוך פרקי בכמות פיזיולוגית.

לסיכום:

קרע חלקי קטן באחיזת גיד ה SSP כמתואר.

נבדק/ת יקר/ה

דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים רפואיים משמעותיים. לפיכך חובה לפנות עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לרופא המטפל כדי לאפשר המשך בירור וטיפול.

דו"ח זה מכיל מידע המוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| ד"ר. ליסי אולג  | 33834 | 27205 | 24/01/2018  | 16:11     |

תאריך הקלדה: 25/01/2018

29/01/2018 תאריך

**הפניה כללית - נוסח חופשי**

|                   |               |        |        |              |              |
|-------------------|---------------|--------|--------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |        |              |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | ז      | ת. לידה      | יעיש         |
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 34.04  | ז      | 14/09/1983   |              |
| ראשון לציון       | קידוש השם     | 22 / 6 | מס בית | 54 - 8077957 | 50 - 5074045 |
| ישוב              | רחוב          |        |        | טלפון        | טלפון נוסף   |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה תאריך תאונה 15/11/2017

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061500460

תז נבדק



38774097

מספר רשיון



017573

**לכבוד: כל המעוניי ..**

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיון           | אבחנה                                   |
|------|-----------------|-----------------------------------------|
| 9599 | s/p lt schoulde | INJURY TRAUMATIC                        |
| 7261 | rt ssp tendinos | ROTATOR CUFF SYNDROME                   |
| 7    | SP -TEAR /      | OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |

**תלונות**  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/01/2018  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2017  
אתמול לאחר משחק כדורסל במיסגרת העבודה כאב בחגורת כתף שמאל  
שהתגבר עד היום. לאל נפיל ללא חבלה ישירה.  
צילום - כתף ללא ממצאים טרואמטיים.  
22/11/2017 U-S כתף - ימני טנדינוזיס ב-SSP ובאינפרסטיוס עם  
הסתיידות.  
08/12/2017 עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל.  
29/12/2017 כתף שמאל ללא שיפור, מתקשה בשינה  
03/01/2018 עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל  
29/01/2018 ב-MRI קרע ב-SP קטן ללא נזק נוסף אחר.

**ממצאים בבדיקה**  
בדיקה גופנית מתאריך 03/01/2018  
בדיקה גופנית מתאריך 16/11/2017  
כאב בקידמת הכתף עם רגישות מולגבלות.  
להערכה עי- U-S ARCOXIA מנוחה.  
22/11/2017 הטבה - ע פארקוסיה - לפזיוטרפיה.  
08/12/2017 רגישות בכתף משאל עם הגבלה בתנועות. נזירוסקולרי תקין.  
29/12/2017 רגישות בכתף שמאל עם הגבלה בתנועות וסמני צביטה חיוביים.  
נזירוסקולרי תקין  
03/01/2018 ללא שינוי  
29/01/2018 ללא הטבה בכתף - ימשיך בפזיוטרפיה - והמנעות מכל ממאץ 3  
ח".

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/01/2018  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/12/2017  
 ההפניות שהופקו ב 08/12/2017  
 הפניה לפיזיותרפיה  
 :29/12/2017  
 :03/01/2018  
 ההפניות שהופקו ב 03/01/2018  
 טופס בקשה , הפניה לדימות  
 :29/01/2018

מטרת ההפניה: להנל קרע בחגורת כתף שמאל כמתוארב מעלה. מנוע ממנו בתקופת הטיפול 6 ח" כל ממאץ  
 בחדר כושר .  
 החל מ 14.11.18 - עד 14.05.18 .  
 הערכה חוזרת בהמשך .

חתימה וחתימת הרופא

17573  
 מספר רשיון

דר' מנדל פרדי  
 שם הרופא

ד"ר מנדל פרדי-אורטופד  
 מ.ר. מ.ר.  
 מרפאת פיזיותרפיה

מקור תשובה:

תשובה התקבלה בתקשורת

תאריך שליחת תשובה: 29/01/2018 זמן שליחת תשובה: 18:31

תאריך הבדיקה: 29/01/2018

תחום: אורטופדיה

שם הרופא: דר' מנדל פרדי רישיון רופא: 17573

בית החולים / מרפאה: פינסקר

סוג התשובה: סיכום ביקור

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

סיווג חשיבות: רגילה

מהות הביקור: רגיל

תלונות:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 03/01/2018

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 16/11/2017

אתמול לאחר משחק כדורסל במיסגרת העבודה כאב בחגורת כתף שמאל שהתגבר עד היום. ללא נפיל ללא חבלה ישירה.

צילום - כתף ללא ממצאים טרואמטיים.

22/11/2017 U-S כתף - ימני טנדינוזיס ב-SSP ובאינפרסטינוס עם הסתיידות..

08/12/2017: עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל.

29/12/2017: כתף שמאל ללא שיפור, מתקשה בשינה

03/01/2018: עדיין סובל מכאבים בכתף שמאל

29/01/2018: MRI קרע ב-SP קטן ללא נזק נוסף אחר.

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 03/01/2018

בדיקה גופנית מתאריך 16/11/2017

כאב בקידמת הכתף עם רגישות מוגבלות.

להערכה עי- U-S ARCOXIA מנוחה.

22/11/2017: הטבה - ע סארקוסיה - לפזיטרפיה..

08/12/2017: רגישות בכתף משאל עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין.

29/12/2017: רגישות בכתף שמאל עם הגבלה בתנועות וסמני צביטה חיוביים.

נירוסקולרי תקין

03/01/2018: ללא שינוי

29/01/2018: ללא הטבה בכתף - ימשיך בפזיטרפיה - והמנעות מכל ממאץ 3 ח".

אבחנות ביעוץ

| אבחנה                                   | איפיון          | קוד  |
|-----------------------------------------|-----------------|------|
| INJURY TRAUMATIC                        | s/p lt shoulde  | 9599 |
| ROTATOR CUFF SYNDROME                   | rt ssp tendinos | 7261 |
| OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION | SP -TEAR /      | 7    |

דיון / תוכנית טיפולית: דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 03/01/2018

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 29/12/2017

ההפניות שהופקו ב 08/12/2017

הפניה לפזיטרפיה

:29/12/2017

:03/01/2018

ההפניות שהופקו ב 03/01/2018:

טופס בקשה, הפניה לדימות

:29/01/2018

הפניות ביעוץ

| הפניות                       | פרטי ההפניה                     | קוד  | התחייבות | סטטוס |
|------------------------------|---------------------------------|------|----------|-------|
| טופס הפניה כללי - נוסח חופשי | להגל קרע בחגורת כתף שמאל כמתואר | H138 |          | הודפס |

## פרטי עודכן

תאריך הרישום / אישור: 05/02/2018

עודכן / אושר ע"י: ד"ר מרינה חננשוילי

מקצוע המעדכן: 1 משפחה וילדים

שם מרפאה: מרפאת ירושלים ראשל"צ

קוד מרפאה: 5200

קוד מחוז: 07

מזהה מסר יועץ: 70B7A1EEFD6247CD9754E2AE23E450EB

מפתח ביקור: c0hfSPX2\$-DM

03-9681888  
03-9681888

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מראה: ירושלים - ראשון לציון מחוז: מרכז

06/02/2019 תאריך

**הפניה למכון פיזיותרפיה**  
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל

|                   |               |        |             |             |              |
|-------------------|---------------|--------|-------------|-------------|--------------|
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 35.05  | ז           | 14/09/1983  | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין         | ת.לידה      | שם האב       |
| קידוש השם         | 22 / 6        | מס בית | 50 -5074045 | 50 -5074045 | 50 - 5074045 |
| ראשון לציון       | רחוב          | מס בית | טלפון       | טלפון       | טלפון נוסף   |
| ישוב              |               |        |             |             |              |

35200228978

מספר הפניה:

גורם שולח



5200

מספר הפניה



035200228978

תז נבדק



38774097

רשיון רופא



035590

לכבוד: פיזיותרפיה

שירות שבבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

DISLOCATION SHOULDER

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה

מיתלונן על כאבים בכתף שמאל לאחר תנועה לא נכונה בזמן פציעה בתפקיד משחק כדורסל של המשטרה

06/02/2019

מיתלונן על כאבים בכתף שמאל לאחר תנועה לא נכונה בזמן פציעה בתפקיד משחק כדורסל של המשטרה

סימנים חיוניים: גובה 192 13/11/2016 משקל 88 13/11/2016 bmi 23.87

לחץ דם 128 / 72 13/11/2016

דופק 73 13/11/2016

03/10/2018 מתאריך 93.63 eGFR

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה               |
|------------|--------|--------------------|
| 01/01/2008 |        | LACTASE DEFICIENCY |

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה למכון פיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר מרינה חננשוילי 00-03877409-7

מלכי יצחק

תולדות עבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה                     |
|------------|------------|--------|--------------------------|
| 06/2014    | 01/06/2014 |        | SMOKER                   |
| 08/2017    | 01/02/2008 |        | HELICOBACTER PYLORI      |
| 20/08/2017 | 01/05/2008 |        | KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS |

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                | תגובה | נמסר ע"י |
|-------------------------|-------|----------|
| NONE - INCLUDING IODINE |       | המטופל   |

רגישויות נוספות

| רגישות ל           | תגובה | נמסר ע"י |
|--------------------|-------|----------|
| LACTASE DEFICIENCY |       | המטופל   |

תרופות קבועות

| ב... | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                            |
|------|-------|---------|------|-----------------------------------|
| ביום | 1     | לרסס    |      | AVAMYS AQ. NASAL(M) SPR 27.5 27.5 |

ממצאים קליניים

ממצאים מתאריך 11/01/2018  
ממצאים מתאריך 09/01/2018  
ממצאים מתאריך 16/11/2017  
הגבלה בתנועה כתף יד שמאל  
09/01/2018  
11/01/2018  
06/02/2019

ד"ר מרינה חננשוילי

35590

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



שם: ד"ר אריאל אורן, כירורגיה אורתופדית וכירורגיה של הכתף  
 תחום שירות: מנהל יחידה לכירורגיה של הכתף, מרכז רפואי "שיבא"  
 כתובת: "מדיקס" מכון לרפואת ספורט, רח' שטרית 6, שכ' הדר יוסף, תל אביב  
 טלפון: 052-7051641

קוד הפניה: 000001051

פרטי הנבדק

|                                  |               |                |
|----------------------------------|---------------|----------------|
| שם משפחה: מלכי                   | שם פרטי: יצחק | ת.ז.: 38774097 |
| ת.לידה: 14/09/1983               | מין: ז        |                |
| כתובת: קידוש השם 22, ראשון לציון | מיקוד: 75303  |                |

תשובת יועץ

לכבוד:

רופא מטפל

בבדיקה שנעשתה ב: 19/03/2018

עקב: כתף שמאל. כאבים אשר החלו לאחר משחק כדורס במסגרת עבודה (תאונת עבודה) ביום 15/11/17. נבדק וצולם, מאז כאבים כולל לילה, כעת הטבה. תרופות - ארקקוסיה / קספו, זראיקה - בודדת של קוטיזון - ללא הטבה. פיזיותרפיה - 6 פגישות - ללא הטבה. ברקע - בריא. עיסוק קצין משטרה עבודתו מנהלתי ושח. ספורט - ריצות וחדר כושר שעת הפסיק בשל הכתף.

ממצאים: צוואר - תנועה תקינה ללא פרובוקציה של כאבים לכתף.

ללא דלדול שרירים, טווח מלא של הכתף. סימני צביטה. NEER, הוקינס ו JOBE - SS חיוביים, כח תקין, ללא חריקה. SPEED חיובי, רגישות ל פני LHB ב MRI, הדגמה של קרע רחב 7 מ"מ על 6 מ"מ בקדם SS קרוב לכניסת ה LHB באינטרוול. נזל דלקתי סביב הקרע. דיון לגבי משמעות הקרע. הסיכוי הנמוך יחסית להרחבה של הקרע. האפשרות לתיקון ארתרוסקופי של הקרע ואז גם אפשרות לטוטומיה וטנדודזיס של הביספס. לאור הסימפטומטולוגיה אשר כעת דלה יחסית ומהלך טב המלצתי על חזרה לפעילות, פיזיותרפיה ובכל מקרה מעקב בעוד שנה על ידי MRI במידה וכאבים מפריעים במידה משמעותית יש מקום לתיקון ניתוחי אף קודם לכו ואז יצור קשר טלפוני

• ROTATOR CUFF TEAR Left  
small ftt ss

אבחנה:

סיכום והמלצות: ראה המלצות לעיל.

19/03/2018

תאריך

ד"ר אריאל אורן  
 19-03-2018  
 מ.ר. גורם מפנה  
 חתימה וחותמת הרופא

19/03/2018 תאריך הדפסה:



0026909275



021351

מ.ר גורם מפנה

שם: ד"ר אריאל אורן, כירורגיה אורתופדית וכירורגיה של הכתף

תחום שירות:

מנהל יחידה לכירורגיה של הכתף, מרכז רפואי "שיבא"

כתובת:

"מדיקס" מכון לרפואת ספורט, רח' שטרית 6, שכל'ה הדר יוסף, תל אביב

טלפון:

052-7051641

קוד הפניה: 000001050

פרטי הנבדק

|                                  |               |                |
|----------------------------------|---------------|----------------|
| שם משפחה: מלכי                   | שם פרטי: יצחק | ת.ז.: 38774097 |
| ת.לידה: 14/09/1983               | מין: ז        |                |
| כתובת: קידוש השם 22, ראשון לציון | מיקוד: 75303  |                |



0038774097

### מכון פיזיותרפיה

תלונות: כתף שמאל. כאבים אשר החלו לאחר משחק כדורס במסגרת עבודה (תאונת עבודה) ביום 15/11/17. נבדק וצולם, . מאז כאבים כולל לילה, כעת הטבה. תרופות - ארקקוסיה / קספו, זראיקה - בודדת של קוטיזון - ללא הטבה. פיזיותרפיה - 6 פגישות - ללא הטבה. ברקע - בריא. עיסוק קצין משטרה עבודה מנהלית ושח. . ספורט - ריצות וחדר כושר שעת הפסיק בשל הכתף.

ממצאים: צוואר - תנועה תקינה ללא פרובוקציה של כאבים לכתף.

ללא דלדול שרירים, טווח מלא של הכתף. סימני צביטה. NEER, הוקינס, JOBE - SS חיוביים, כח תקין, , ללא חריקה. SPEED חיובי, רגישות ל פני LHB ב MRI, הדגמה של קרע רוחב 7 מ"מ על 6 מ"מ בקדם SS קרוב לכניסת ה LHB באינטרוול. . נוזל דלקתי סביב הקרע. דיון לגבי משמעות הקרע. הסיכוי הנמוך יחסית להרחבה של הקרע. האפשרות לתיקון ארתרוסקופי של הקרע ואז גם אפשרות לטוטומיה וטנוודזיס של הביספס. לאור הסימפטומטולוגיה אשר כעת דלה יחסית ומהלך טב המלצתי על חזרה לפעילות, פיזיותרפיה ובכל מקרה מעקב בעוד שנה על ידי MRI במידה וכאבים מפריעים במידה משמעותית יש מקום לתיקון ניתוחי אף קודם לכו ואז יצור קשר טלפוני

אבחנה:

• ROTATOR CUFF TEAR Left  
small ft ss

מעשנת: אין מידע

סיבת ההפניה: שחזור טווח תנועות ' חיזוק RC אקטריניס ונייצבי שכמה .

תוקף ההפניה ל-90 יום, מתאריך - 19/03/2018 עד תאריך - 17/06/2018

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

19/03/2018

תאריך

ד"ר אריאל אורן  
מ.ר גורם מפנה  
ת.ז. 38774097  
מיקוד 75303  
תחומה וחנותמת הרופא

Ram Yaron, M.D.  
Orthopedic Surgeon  
Shoulder Injuries  
Sport Medicine  
License number 34810

ד"ר רם ירון  
מומחה לאורתופדיה  
פגיעות כתף  
רפואת ספורט

מספר רישיון 34810  
מ.ר.מ. 26492

תאריך: 9/1/19

הנדון: מלכי יצחק ת.ז. 038774097

בן 35

בריא בד"כ

יד דומיננטית-ימין

תלונה עקירת: כאבים בכתף שמאל מזה שנה וחודשים  
בעת משחק כדור במסגרת העבודה במשטרה  
סופל שמרנית בפיזיותרפיה זריקה IX ללא הטבה

**בדיקה גופנית:** צוואר במפ

כתף שמאל-FROM כאב בקצה תנועה

מבחני צביטה הוקינס NEER -חיובי

מבחני EMPTY CAN ל סופראספינאטוס שלילי כח 5/5

מבחני LHB - חיובי

מבחן נפוליאון LIFT OFF סב סקפולריס -חיובי

הורנבלואר-שלילי

מבחן CROSS CHEST ADD ל ACJ -חיובי

מבחן אוברייין ל SLAP -חיובי

מבחני יציבות חרדה ++ RELOCATION

סולקום-++

הדמיה-MRI ארתרוגרפיה כתף שמאל-קרע ssp חלקי קרע חלקי של הסבסקפולריס  
ידוע על נזק לברלי מסוג SLAP בכתף ימין

Dg:shoulder pain lt

ממליץ-לאור הממצאים הקליניים והדמיתיים ממליץ על טיפול ב PRP לכתף

בנוסף לבלוק סופראסקפולרי

הפרוצדורה עשויה לדחות ניתוח ארתרוסקופיה

פיזיותרפיה כשבוע לאחר הפרוצדורה לפי פרוטוקול של ROCKWOOD

בברכה,

ד"ר רם ירון

מומחה לכירורגיה אורתופדית

פגיעות כתף וספורט

[www.ramyaronmd.com](http://www.ramyaronmd.com)

ד"ר רם ירון  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
פגיעות כתף וספורט  
מ.ר.מ. 26492  
34810

Ram Yaron, M.D.  
Orthopedic Surgeon  
Shoulder Injuries  
Sport Medicine  
License number 34810

ד"ר רם ירון  
מומחה לארתופדיה  
פגיעות כתף  
רפואת ספורט

מספר רישיון 34810  
מ.ר.מ. 26492

תאריך: 16/1/19

דוח טיפול ב PRP כתף שמאל

הנדון: מלכי יצחק תז 038774097

מבוצה מפעילות מאומצת תמישה ימים

ממליץ שבוע לאחר טיפול פזיותרפיה לשיפור טווחי תנועה

Dg:  
Partial thickness tear ssp

Procedure : PRP injected ultrasound guided

בברכה,  
ד"ר רם ירון  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
פגיעות כתף וספורט

[www.ramyaronmd.com](http://www.ramyaronmd.com)

מ.ר.מ. 26492  
מספר רישיון 34810  
ד"ר רם ירון  
מומחה לארתופדיה  
פגיעות כתף וספורט

שם הרופא: ד"ר מרינה חננשוילי  
 תחום: רופאת משפחה  
 מספר רשיון: 35590  
 כתובת: ירושלים 21, ראשון לציון  
 טלפון: 03-9599300  
 פקס: 03-9599310  
 מרפאה: ירושלים - ראשון לציון מחוז: מרכז

למסרה  
 מרינה

07/04/2019 תאריך

### הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 35.07        | 14/09/1983   | יעיש         |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל          | ת. לידה      | שם האב       |
| קידוש השם         | 22 / 6        | 50 - 5074045 | 50 - 5074045 | 50 - 5074045 |
| ראשון לציון       | מס בית        | טלפון        | טלפון        | טלפון נוסף   |
| רחוב              |               |              |              |              |

מספר הפניה ישירה: 35200234484

גורם שולח



5200

מספר הפניה



035200234484

תז נבדק



38774097

מספר רשיון



035590

לכבוד: רופא תעסוקתי

### שירות שנבחר

| שירות  | קוד                | קוד   |
|--------|--------------------|-------|
| רפואי  | משה"ב              | שירות |
| 700052 | 99242              | 70005 |
|        | בדיקת רופא תעסוקתי |       |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/02/2019:  
 מיתלונן על כאבים בכתף שמאל לאחר תנועה לא נכונה  
 בזמן פציעה בתפקיד משחק כדורסל של המשטרה

06/02/2019:  
 מיתלונן על כאבים בכתף שמאל לאחר תנועה לא נכונה  
 בזמן פציעה בתפקיד משחק כדורסל של המשטרה

07/04/2019:  
 לפי MRI קרע ב-SP כתף שמאל  
 אין אפשרות לעבוד בעבודתו  
 בעיקבות כאבים + הגבלה בתנוע

סימנים חיוניים: גובה 192 13/11/2016 משקל 88 13/11/2016 bmi 23.87

לחץ דם 128 / 72 13/11/2016

דופק 73 13/11/2016

03/10/2018 מתאריך 93.63 eGFR

הפניה לרפואה יועצת

מלכי יצחק

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

00-03877409-7 הודפס ע"י ד"ר מרינה חננשוילי 07/04/2019

דף 1 מ 3

אבחנה משוערת

| אבחנה                 | איפיון | קוד  |
|-----------------------|--------|------|
| DISLOCATION SHOULDER  | It     | 831  |
| ROTATOR CUFF SYNDROME |        | 7261 |

דיון/תוכנית טיפולית

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 06/02/2019  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 11/01/2018  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 09/01/2018  
 דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 16/11/2017  
 צילום כתף  
 לאחר מכן לפי צורך אורטופד  
 ההפניות שהופקו ב 16/11/2017:  
 הפניה לדימות , הפניה לרפואה יעצת  
 :09/01/2018  
 ההפניות שהופקו ב 09/01/2018:  
 הפניה למעבדה  
 :11/01/2018  
 ההפניות שהופקו ב 11/01/2018:  
 הפניה למעבדה  
 :06/02/2019  
 ההפניות שהופקו ב 06/02/2019:  
 הפניה לפיזיותרפיה  
 :07/04/2019  
 מופנה לרפוא תעסוקתי

בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה               |
|------------|--------|--------------------|
| 01/01/2008 |        | LACTASE DEFICIENCY |

בעיות בעבר

| מ.סיים     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה                     |
|------------|------------|--------|--------------------------|
| 18/06/2014 | 01/06/2014 |        | SMOKER                   |
| 20/08/2017 | 01/02/2008 |        | HELICOBACTER PYLORI      |
| 20/08/2017 | 01/05/2008 |        | KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS |

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                | תגובה | נמסר ע"י |
|-------------------------|-------|----------|
| NONE - INCLUDING IODINE |       | המטופל   |

רגישויות נוספות

| רגישות ל           | תגובה | נמסר ע"י |
|--------------------|-------|----------|
| LACTASE DEFICIENCY |       | המטופל   |

תרופות קבועות

| ב... | פעמים | א. הגשה | כמות      | תרופות                  |
|------|-------|---------|-----------|-------------------------|
| 1    | לרס   |         | 27.5 27.5 | AVAMYS AQ. NASAL(M) SPR |

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר הפניה הרשום מעלה.

מספר הפניה



035200234484

מהיום, כללית מפנה לכם זמן יקר:

לשירותך, בתי החולים של כללית ללא צורך בטופס 17!

מטופל יקר, כללית עושה רבות על מנת להעניק לך שירות איכותי בסטנדרטים גבוהים ביותר. במסגרת שיפור השירות, מהיום משמש טופס הפנייה זה כטופס התחייבות במרכזים הרפואיים של כללית. הנך מוזמן לפנות לאחד מבתי החולים שלנו, המפורטים מטה, לקביעת תור ללא צורך בהפקת טופס 17.

| טלפון      | יישוב     | בית חולים       | טלפון      | יישוב     | בית חולים     |
|------------|-----------|-----------------|------------|-----------|---------------|
| 04-9932777 | חיפה      | כרמל            | 08-9441111 | רחובות    | קפלן          |
| 04-6495000 | עפולה     | העמק            | 03-9376666 | פתח תקווה | רבין-בילינסון |
| 03-9253210 | פתח תקווה | מ.שניידר לילדים | 03-9372222 | פתח תקווה | רבין-השרון    |
| 08-6222949 | אילת      | יוספטל          | 09-7471555 | כפר סבא   | מאיר          |
|            |           |                 | 08-6400111 | באר שבע   | סורוקה        |

אם ברצונך לבצע את הבדיקה בבי"ה או במסגרת אחרת, שאינה אחד ממרכזי כללית, פנה למשרד המרפאה לבידור האפשרויות העומדות בפניך. לידיעתך, ניתן להיעזר בשירותי הביטוח המושלם לבחירת רופא ו/או מנתח בתוספת השתתפות עצמית מופחתת. לקבלת פרטים ניתן לפנות ל- 2700 \*

לידיעתך, ניתן לזמן תור לבדיקות אלו עד לתאריך 07/07/2019. תוקף זה הינו

מנהלי בלבד לצורך זימון תור.



במידה ותחויב, החיוב יתבצע בהוראת קבע  
פנייה זו כתובה בלשון זכר מטעמי נוחות אך היא מתייחסת לשני המינים:

לשירותכם:  
\*2700 מכליט  
clalit.co.il

Ram Yaron, M.D.  
Orthopedic Surgeon  
Shoulder Injuries  
Sport Medicine  
License number 34810

ד"ר רם ירון  
מומחה לארתרופדיה  
פגיעות כתף  
רפואת ספורט

מספר רישיון 34810  
מ.ר.מ. 26492

תאריך: 24/4/19

הנדון: מלכי יצחק ת.ז. 038774097

בן 35

בריא בד"כ

יד דומיננטית-ימין

תלונה עקרית: כאבים בכתף שמאל מזה שנה וחודשים  
בעת משחק כדור במסגרת העבודה  
טופל שמרנית בפיזיותרפיה זריקה 1X ללא הטבה  
לאחר טיפול ב PRP לפני כ 3 חודשים ללא הטבה  
הגל מתלונן על כאב שמופיע גם במנוחה

בדיקה גופנית: צוואר במפ

כתף דו"צ-FROM כאב בקצה תנועה

מבחני צביטה הוקינס NEER - חיובי

מבחני EMPTY CAN ל סופראספינאטוס שלילי כח 5/5

מבחני LHB - חיובי

מבחן נפוליאון LIFT OFF סב סקפולריס -חיובי

הורנבלואר-שלילי

מבחן CROSS CHEST ADD ל ACJ-חיובי

מבחן אוברייין ל SLAP-חיובי

מבחני יציבות חרדה ++ RELOCATION

סולקוס-++

הדמיה-MRI ארתרוגרפיה כתף שמאל-קרע ssp חלקי קרע חלקי של הסבסקפולריס  
ידוע על בזק לברלי מסוג SLAP בכתף ימין

Dg:shoulder pain lt

ממליץ-אבקש MRI ארתרוגרפיה לכתף שמאל לבירור גודל הקרע בגיד המסובב? לברום?  
להערכה טרום ניתוחית

בברכה,

ד"ר רם ירון

מומחה לכירורגיה אורתופדית

פגיעות כתף וספורט

[www.ramyaronmd.com](http://www.ramyaronmd.com)

ד"ר רם ירון  
מומחה לכירורגיה אורתופדית  
פגיעות כתף וספורט  
26492 מ.ר.מ.  
34810

תאריך 28/04/2019  
11:32

הפניה כללית

| פרטי המטופל       |               |         |       |            |              |
|-------------------|---------------|---------|-------|------------|--------------|
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 35.07   | ז     | 14/09/1983 | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל     | מין   | ת.לידה     | שם האב       |
| קידוש השם         | 22 / 6        | 5074045 | 50    | 5074045    | 50 - 5074045 |
| ראשון לציון       | רחוב          | מס בית  | טלפון | טלפון      | טלפון נוסף   |

גורם שולח



5200

מספר הפניה



035200235802

35200235802

תז נבדק



38774097

מספר הפניה:

מספר רישון



035590

לכבוד: ממב"ת

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                      | שירות רפואי |
|-----------|-----------|--------------------------------------------------|-------------|
| 78555     | 73221     | לכתף שמאל MRI. מ.ת.                              | 10406023    |
| 78107     | L0550     | ר.פ. XA ארתרוגרפיה של מפרק הכתף בהנחיית ת.מ. MRI | 1092600E    |

אבחנה משוערת

| קוד  | אבחנה                 | איפיון |
|------|-----------------------|--------|
| 831  | DISLOCATION SHOULDER  | lt     |
| 7261 | ROTATOR CUFF SYNDROME |        |

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 14/04/2019  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 10/04/2019  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 07/04/2019  
תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 06/02/2019  
מיתלון על כאבים בכתף שמאל לאחר תנועה לא נכונה בזמן פציעה בתפקיד משחק כדורסל של המשטרה  
06/02/2019  
מיתלון על כאבים בכתף שמאל לאחר תנועה לא נכונה בזמן פציעה בתפקיד משחק כדורסל של המשטרה  
07/04/2019  
לפי MRI קרע בכתף שמאל  
אין אפשרות לעבוד בעבודתו  
בעיקבות כאבים + הגבלה בתנוע  
14/04/2019

ס.ה.ר. 2

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

28/04/2019

הודפס ע"י ד"ר מרינה חננשוילי

00-03877409-7

הפניה כללית

מלכי יצחק

29/04/2019 העתק

מופנה ליעוץ אורטופד לגבי החמרה במצבו והמשך טיפול

28/04/2019

לפי המלצה אורטופד מופנה להשלמת ביקור MRI ארטוגרפיה להדפסה טרנס

ניתוחית

כתף שמאל

סימנים חיוביים: גובה 192 13/11/2016 משקל 88 13/11/2016 bmi 23.87

לחץ דם 128 /72 13/11/2016

דופק 73 13/11/2016

03/10/2018 מתאריך 93.63 eGFR

דיון/תוכנית טיפולית מתאריך 14/04/2019

דיון/תוכנית טיפולית:

הפניה לפיזיותרפיה

07/04/2019

מופנה לרופא תעסוקתי

ההפניות שהופקו ב 07/04/2019

הפניה לרפואה יועצת

10/04/2019

14/04/2019

28/04/2019

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מ.גילוי    | איפיון | בעיה               |
|------------|--------|--------------------|
| 01/01/2008 |        | LACTASE DEFICIENCY |

היסטוריה רפואית- בעיות בעבר

| מ.סיום     | מ.גילוי    | איפיון | בעיה                     |
|------------|------------|--------|--------------------------|
| 18/06/2014 | 01/06/2014 |        | SMOKER                   |
| 20/08/2017 | 01/02/2008 |        | HELICOBACTER PYLORI      |
| 20/08/2017 | 01/05/2008 |        | KNEE SYMPTOMS/COMPLAINTS |

רגישויות

ו/או תופעות לוואי

| רגישות ל                | תגובה | נמסר ע"י |
|-------------------------|-------|----------|
| NONE - INCLUDING IODINE |       | המטופל   |

רגישויות נוספות

| רגישות ל           | תגובה | נמסר ע"י |
|--------------------|-------|----------|
| LACTASE DEFICIENCY |       | המטופל   |

תרופות קבועות

| ב... | פעמים | א. הגשה | כמות | תרופות                       |
|------|-------|---------|------|------------------------------|
| ביום | 1     | לרס     | 27.5 | AVAMYS AQ. NASAL(M) SPR 27.5 |

35590

ד"ר מרינה חננשוילי

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

2 ס.ה.ר.

הפניה כללית

מלכי יצחק

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2 מ 2

28/04/2019

הודפס ע"י ד"ר מרינה חננשוילי 00-03877409-7

20/06/2019 תאריך:

2417815 סימול:

לכבוד: הרופא המטפל

שרותי בריאות כללית מחוז המרכז

**הדו"ח מלכי יצחק ת"ז 038774097****להלן תוצאות MR-ARTHOGRAPHY של כתף שמאל:**

הבדיקה בוצעה בטכניקת TSE בשקלול T1, T2, SPIR במישור קורונלי, אקסילי וסאגיתלי.  
וכן בטכניקת MR ARTHRO לאחר הזרקת גדולינים מדולל לתוך המפרק.

ברקע: כאבים בכתף מצד שמאל בוצע MRI במרכז אחר שהדגים קרע של החלק הקדמי ביותר באזור האינסרציה של הסופרה ספינטוס לראש ההומרלי בחלק קטן מאוד לאחר חבלה.

1. אין עדות לשינויים מלשד העצמות.

2. ROTATOR CUFF: ללא עדות לקרע מצב מרופי של השרירים שמור.  
בהשוואה ל- MRI קודם שנעשה בינואר 2018 הפעם האזור שנראה קרע של הסופרה ספינטוס לראש ההומרלי פחות מודגש ויתכן ומשני למנוח אם כי אין החמרה.

3. גיד ביצפס ללא שינויים פתולוגיים. אין עדות ל- SLAP.

4. המפרק האקרומיו-קלביקולרי תקין.

5. היחס הגלם-הומרלי שמור. ה- pouch axillary מתמלא באופן חלקי עם חומר ניגוד יש גלישה של חומר ניגוד מאחורי השריר הסב סקפולריס שממצא זה לרוב מופיע עם קרע נרחב SLAP או adhesive capsulitis. נא קורלציה קלינית.

6. באזור האחורי אמצעי של הלבדום יש חתך בלבדום אשר בחלקו האחורי ישן ציסטות פארא לברליות באורך כולל של כ- 1 ס"מ וקוטר כ- 5 מ"מ.

**בסיכום:**

קרע של הלבדום האחורי אמצעי עם ציסטות פארא לברליות צמודות שנראו הרבה פחות בולטים ב- MRI מינואר 2018 נא נראה מוקד קטן מאוד.  
יש גלישה של חומר ניגוד מאחורי שריר הסב סקפולריס, ממצא זה לרוב מופיע עם SLAP או adhesive capsulitis. נא קורלציה קלינית שאין עדות ל- SLAP נרחב.  
הפעם אזור שנראה כקרע בחלק האינסרציה הקדמית של הסופרה ספינטוס לראש ההומרלי פחות בולט ולא חד משמעי ייתכן בשל מנוח.

ד"ר מריקה טריאניב, רפ"ק  
מ"ר 117822  
רופאת אגף התנועה



HaSadna 6, Kfar-Saba 442405, Israel • 09-7663862 • Fax: 09-7663845



מזכ"ר: מ"ר רח' הסדנא 6 כפר סבא 442405

09-7663862 fax: 09-7663845 www.mofmar.co.il moked@mofmar.co.il

**הדו"ח מלכי יצחק ת"ז 038774097**

22/11/2017 תאריך

**אישור מחלה**

|                   |               |        |       |              |              |
|-------------------|---------------|--------|-------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               |        |       |              |              |
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 34.02  | ז     | 14/09/1983   | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זרות       | גיל    | מין   | ת.לידה       | שם האב       |
| קידוש השם         | 22 / 6        | מס בית | טלפון | 54 - 8077857 | 50 - 5074045 |
| רחוב              |               |        | טלפון |              | טלפון נוסף   |

15/11/2017 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 2 תאונת עבודה

| קוד   | איפיון       | אבחנה                                         |
|-------|--------------|-----------------------------------------------|
| 79989 |              | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |
| 7261  | It shoulder/ | ROTATOR CUFF SYNDROME                         |

מומלץ על מנוחה מותאמת 16/11/2017 עד תאריך 25/11/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 10

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

17573

ד"ר מנדל פרדי

חתימה והותמת הרופא

שם הרופא

17573  
ד"ר מנדל פרדי  
00-03877409-7  
מחוז:מרכז  
מרפאה:פינסקר

16/11/2017 תאריך

**אישור מחלה**

| פרטי המטופל       |           |        |              |              |      |
|-------------------|-----------|--------|--------------|--------------|------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות   | גיל    | ז            | ת. לידה      | יעיש |
| 00-03877409-7     | 34.02     | מין    | 14/09/1983   | שם האב       |      |
| ראשון לצי         | קידוש השם | 22 / 6 | 54 - 8077957 | 50 - 5074045 |      |
| ישוב              | רחוב      | מס בית | טלפון        | טלפון נוסף   |      |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

| סובל מ | קוד | איפיון | אבחנה                |
|--------|-----|--------|----------------------|
| 831    | LT  |        | DISLOCATION SHOULDER |

מומלץ על מנוחה מתאריך 16/11/2017 עד תאריך 23/11/2017 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 8

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

35590

ד"ר מרינה חננשוילי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

10/04/2019 תאריך

**אישור מחלה**

פרטי המטופל

|                   |               |        |     |              |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|--------------|--------------|
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 35.07  | ז   | 14/09/1983   | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת. לידה      | שם האב       |
| ראשון לציון       | קידוש השם     | 22 / 6 |     | 50 - 5074045 | 50 - 5074045 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון        | טלפון נוסף   |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

|        |      |        |                              |
|--------|------|--------|------------------------------|
| סובל מ | קוד  | איפיון | אבחנה                        |
|        | 7261 | It     | ROTATOR CUFF SYNDROME        |
|        | L08  | It     | SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS |

מומלץ על מנוחה מתאריך 03/04/2019 עד תאריך 04/04/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 2

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

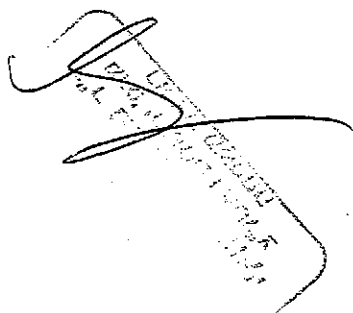
35590

ד"ר מרינה חננשוילי

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

28/04/2019 תאריך

## אישור מחלה

| פרטי המטופל       |               |        |     |             |              |
|-------------------|---------------|--------|-----|-------------|--------------|
| מלכי יצחק         | 00-03877409-7 | 35.07  | ז   | 14/09/1983  | יעיש         |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין | ת. לידה     | שם האב       |
| ראשון לציון       | קידוש השם     | 22 / 6 |     | 50 -5074045 | 50 - 5074045 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית |     | טלפון       | טלפון נוסף   |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

| סובל מ | קוד  | איפיון | אבחנה                 |
|--------|------|--------|-----------------------|
|        | 7261 | It     | ROTATOR CUFF SYNDROME |

מומלץ על מנתח מתאריך 14/04/2019 עד תאריך 28/04/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 15

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

|                    |            |                   |
|--------------------|------------|-------------------|
| ד"ר מרינה חננשוילי | 35590      | **נחתם דיגיטלית** |
| שם הרופא           | מספר רשיון | חתימה וחומת הרופא |

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

10/04/2019 תאריך

**אישור מחלה**

|                   |           |        |              |            |              |
|-------------------|-----------|--------|--------------|------------|--------------|
| פרטי המטופל       |           |        |              |            |              |
| <b>מלכי יצחק</b>  |           |        |              |            |              |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות   | גיל    | ז            | ת.לידה     | יעיש         |
| 00-03877409-7     | 35.07     | מין    | 14/09/1983   | שם האב     | 50 - 5074045 |
| ראשון לציון       | קידוש השם | 22 / 6 | 50 - 5074045 | טלפון      | 50 - 5074045 |
| ישוב              | רחוב      | מס בית | טלפון        | טלפון נוסף |              |

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

| סובל מ | קוד  | איפיון | אבחנה                        |
|--------|------|--------|------------------------------|
|        | 7261 | It     | ROTATOR CUFF SYNDROME        |
|        | L08  | It     | SHOULDER SYMPTOMS/COMPLAINTS |

מומלץ על מנוחה מתאריך 07/04/2019 עד תאריך 09/04/2019 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 3

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

35590

ד"ר מרינה חננשוילי

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

*(Handwritten signature and stamp)*

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

אישור מחלה

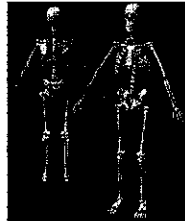
10/04/2019

הודפס ע"י ד"ר מרינה חננשוילי 00-03877409-7

מלכי יצחק

**TOMER KRAVEL MD  
ORTHOPEDIC SURGEON**

**ד"ר תומר קרבאל  
מומחה בכירורגיה אורתופדית**



**מרפאה- רחוב ולנברג 6 תל אביב  
טל. מרפאה 03-6440606  
רשיון לעסוק ברפואה מספר 32157.  
רשיון מומחה מספר 22235**

## **תעודה רפואית**

**23/07/2020**

אני, הח"מ, ד"ר תומר קרבאל, מצהיר בזאת כי אלו פרטיי, פרטי השכלתי וניסיוני:

1. בעל תואר ד"ר לרפואה של הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב משנת 1999.
2. בעל רישיון ישראלי לעסוק ברפואה שמספרו 32157 משנת 1999.
3. מומחה בכירורגיה אורתופדית משנת 2006, רישיון מספר 22235.
4. בוגר קורס טראומה אורתופדית מסוג AO משנת 2001.
5. השתלמות באולטרה סאונד פרקי ירך לתינוקות, STOLZALPE, AUSTRIA, אצל פרופסור גרף.
6. רופא פוסק בוועדות ערר של משרד הביטחון.
7. תת התמחות במכון רובין לאורתופדיה, ביה"ח Sinai בבולטימור.
8. רופא בכיר במערך האורתופדי בית החולים שיבא תל-השומר.

## **מלכי יצחק ת.ז 38774097**

מר מלכי נבדק במשרדי ביום 23/07/2020 לאחר שזוהה כמקובל  
תעודה רפואית להגיש בתביעה לביטוח לאומי

### **מסמכים רפואיים**

- גיליון מוקד רפואי
- מעקב רפואי ד"ר מרינה. ד"ר רובינשדטיין. ד"ר אורן. ד"ר ירון
- טיפול PRP
- צילומים
- US כתף שמאל
- MRI כתף שמאל 2018 וכן 2019

• גיליון טיפול פיזיותרפיה

**פרטי המקרה:**

בן 37. שוטר

ביום 15/11/17 נפגע התאונה בעבודה במשחק כדורסל  
נחבל בכתף שמאל  
טופל במרפאות קופת חולים  
בוצע US וכן MRI וכן ארטרו כתף שאמל- קרע לברום אחורי וקרע חלקי גיד SSP  
לא חזר לפעילות פיזית  
בעבודה אינו מבצע

טופל ע"י פיזיותרפיה

כיום- כאבים בכתף וביד וחולשה. קושי בתפקוד יומיומי. לא עושה ספורט

**בבדיקה:**

דומיננטי יד ימין

צוואר-

טווח כיפוף עד 2 ס"מ מסטרנום. יישור 10 מעלות. הטיה 15 מעלות  
ספרלינג שלילי. הופמן חיובי  
ללא חסר נוירוסקולרי. ציר קיפוזיס טורקלי שמור. יישור לורדוזיס צווארי

**כתף שמאל -** קיים דלדול של דלטואיד. כתף מעט צנוחה  
FF=100 ABD=90 ER=30 IR=L5  
מבחן EC חיובי. אימפינגמנט חיובי. גרבר --. ניר ++. צביטה חיובי  
מבחן APP ++. מבחן רהלוקציה קדמי -

כתף ימין טווח מלא. בדיקה תקינה

**דיון ומסקנות**

בן 37. שוטר

ביום 15/11/17 נפגע התאונה בעבודה במשחק כדורסל  
נחבל בכתף שמאל  
טופל במרפאות קופת חולים  
בוצע US וכן MRI וכן ארטרו כתף שאמל- קרע לברום אחורי וקרע חלקי גיד SSP  
לא חזר לפעילות פיזית  
בעבודה אינו מבצע

מדובר קצין משטרה שנחבל בכתף שמאל בעבודה  
נגרם קרע חלקי גיד SSP וקרע לברזם  
טופל בזריקות PRP ללא הטבה. הוצע ניתוח אולם חושש  
מאז הפציעה אינו מתפקד כפי שקודם. אינו מבצעי יותר

בבדיקה מרכיב של הגבלה בכל מישורי התנועה- הגבלה בתנועה וחולשה בהרמה  
ותנועות רוטציה כמתואר. מתקשה בתפקוד יומיומי

יש מקום לקבוע נכות צמיתה בגובה

- 20% לפי 41(4)ג חלקי - הגבלה עד גובה השכם כתף ימין עם הגבלה ברוטציה  
חיצונית כתף שמאל

על החתום  
ד"ר תומר קרבאל

ד"ר תומר קרבאל  
מסמך מס' 22157  
תאריך 22.12.2022

## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 13/12/2020 14:31  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER.# : E75410F8N771041

|              |             |
|--------------|-------------|
| DATE, TIME   | 13/12 14:16 |
| FAX NO./NAME | 6250222     |
| DURATION     | 00:14:36    |
| PAGE(S)      | 50          |
| RESULT       | OK          |
| MODE         | STANDARD    |

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)  
 RAMAT GAN, 5252204  
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

23.11.20

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד  
 מחלקת נפגעי עבודה  
 המוסד לביטוח לאומי – תל אביב  
באמצעות פקס : 03-6250222  
 ח.נ.

הנדון : יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
 תאונה מיום 15.11.17

1. מצ"ב טופס תביעה לנכות בצירוף תיעוד רפואי והערכת נכות.

2. לעיונם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או \*6050  
פקס: 03-6250222  
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00  
קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30  
זימון תור ב- \*8321

שירות חדש: זימון תור \*8321

סניף: תל אביב  
יצחק שדה 17  
תל אביב-יפו 6777517

תיק: 038774097-60-01

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, ע"ד  
אבא חלל 7  
רמת גן 5252204

711-083-104



תיק: 038774097-60-01

טי"ז בחשון, תשפ"א  
03 בנובמבר 2020

אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר יצחק מלכי, תאונת עבודה מתאריך 15/11/2017

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר יצחק מלכי ט"ז 7/3877409, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה  
מיום 15/11/2017

בכבוד רב,  
אדרי מורן  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה



## דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או \*6050  
פקס: 03-6250222  
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00  
קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30  
זימון תור ב- \*8321  
תיק: 038774097-60-01

שירות חדש: זימון תור \*8321

סניף: תל אביב  
יצחק שדה 17  
תל אביב - יפו 6777517

דף 1 מתוך 4

תיק: 038774097-60-01

ט"ז בחשוון, תשפ"א  
03 בנובמבר 2020

711-083-104



מספר תיק: 03877409-7

תאריך פגיעה: 15/11/2017

אדון נכבד,

### תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 15/11/2017

חנונו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 15/11/2017 כתאונת עבודה.

הפגישות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

כאבים בכתף שמאל.

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים שירותי בריאות כללית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות • באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (03/11/2020), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- מעבודה • הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תחיה זכאות לקצבת.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", \*2496 או באתר האינטרנט.
- לידיעתך, מאחר שתביעתך לדמי פגיעה הוגשה לאחר 12 חודשים ממועד הפגיעה, עלולה להיות פגיעה בתקופת הזכאות לתשלום.

בכבוד רב,  
אדרי מורן  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה



## דמי פגיעה

טל: 6050 \* או 8812345-04

פקס: 6250222-03

שעות מענה: א-ה 17:00-8:00

קבלת קהל: א,ג,ה 12:30-8:00

זימון תור ב-8321\*

שירות חדש: זימון תור 8321\*

סניף: תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב-יפו 6777517

תיק: 01-60-038774097

דף 3 מתוך 4

### זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

### קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב חידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המימון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואינך צריך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי חתכיבות צילומים וטאפגלים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פונה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים.

כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה.

רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:

- טיפול הכלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

### קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:



ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

6.8.20

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד  
מחלקת נפגעי עבודה  
המוסד לביטוח לאומי – תל אביב  
באמצעות פקס: 03-6250222  
ח.ג.

שלח יצחק + סלח + קולח

הנדון: יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
תאונה מיום 15.11.17

1. נודע לי ממרשי כי קיבל את החלטתכם לפיה הוחלט לדחות את תביעתו מחמת אי קבלת כל המידע הדרוש על ידכם.
2. הדבר תמוה נוכח העובדה שהאמור נשלח ע"י הח"מ ויכול ונפלה שגגה.
3. על כן, החומר מוגש לכם בשנית ובצירוף הבהרות על מנת שתבחנו זאת מחדש.
4. במכתבכם ביקשתם רשימת שחקנים, אין המדובר בקבוצה רשומה, אלא, ביום כיף מטעם משטרת ישראל. אין למרשי כרטיס שחקן ואין רשימת שחקנים.
5. מרשי שוטר במשטרת ישראל.
6. מצ"ב השאלון עם תשובות מרשי, כן מצ"ב תלושי השכר המבוקשים על ידכם.
7. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

ט"ו 0050 או 04-8812345  
סד"ס 02-8250222  
ישיבת פנינה א"ח 30-8-17  
קניית קר ל אג"ר 30-8-12  
ויכוח תור ב 8321

דמי מגיעה

המוסד לביטוח לאומי

מחלקת תשלום ישיבת פנינה

מחלקת תשלום

מחלקת תשלום

מחלקת תשלום

תיק 03877409-7-01

מספר תיק 03877409-7

תאריך פנינה 15/11/2017

מספר תיק 03877409-7

מספר תיק 03877409-7

מספר תיק 03877409-7

1. אילו מקומות עבודה השתתבו בפעילות הספורט? כל מקומות עבודה - מכל מקום

2. היכן נערך האימון/תחרות? אולם ספורט - סל הדין

3. באילו שעות נערך האימון/תחרות? 07:00 - 08:00

4. תיאור אופן התרחשות הפגיעה: שחקן פגוע בקרן בזמן הירידה של

שחקן ההגנה, הייתה שאלה של איום על שחקן

5. האם למר יצחק מלכי יש ברטיס שחקן בליגה למקומות עבודה?

כן, לא, נא להסביר (אם הוספה) - לא היה צורך

6. האם מר יצחק מלכי מופיע ברשימת השחקנים של הקבוצה?

כן, נא לצרף את צילום הרשימה לטופס זה. לא, נא להסביר כל מקום שאלה של

7. האם מר יצחק מלכי אמור היה לחשתף באימון/תחרות ביום הפגיעה? כן, לא

8. מי מימן את הוצאות הקבוצה בנושאים הבאים? רכישת ציוד ספורט כל מקום שאלה של

לבוש השעות כלכלה

9. מי ארגן את הקמת הקבוצה ובחירת השחקנים? כל מקום שאלה של

הערות

חותמת:

חתימה:

תאריך:

12.07.2017

טל. 6050 או 8812345-04  
פקס: 6250222-03  
שעות פעולה:  
א-ה 08:00-17:00  
א-ה 08:00-12:30  
וימון וטור ב- 8321

דמי פגיעה

המוסד לביטוח לאומי

שירות חירום: וימון חירום 8321

סניף: תל אביב  
רחוב שוק 17  
תל אביב 677517



תיק: 038774097-00-01

דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 03877409-7  
תאריך פגיעה: 15/11/2017

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף תל אביב  
מחלקת נפגעי עבודה

1. תאריך הפגיעה: 15, 14, 13 חודש בשבוע: 13 שעת הפגיעה: 13:00
2. תיאור המקום בו אירעה הפגיעה: P2/A סכר - ג'ר - סכר - במקום זה
3. תיאור אופן התרחשות הפגיעה: קפאן סדף סטאליזי, מסין (כאילו) ב"ן הרוב
4. האם פעילות הספורט התקיימה בשטח המפעל:  
☒ כן, לא, הפעילות התקיימה ב: קאן בקויה חיצון
5. פעילות הספורט התקיימה: ☐ במשך העבודה ☐ במשך החפסקה ☒ במסגרת יום ספורט
6. בעילות הספורט התקיימה משעה: 07:30 עד שעה: 17:00
7. תיאור אופי פעילות הספורט: קריאה
8. מניית הספורט אורגנה על ידי: ☒ המעביד ☐ ועד העובדים ☐ אחר, \_\_\_\_\_
9. פעילות הספורט אורגנה באישור המעביד: ☒ כן ☐ לא
10. האם פעילות הספורט נחשבה כיום עבודה: ☒ כן ☐ לא
11. האם שולם שכר עבור אותו היום: ☒ כן ☐ לא, מכיוון \_\_\_\_\_

תאריך: 12.02.2018 חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

03421/2

| שם המעורר   | שם המעוררת  | שם המעוררת  | שם המעוררת  |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 03-9599300  | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה |
| 03-9681888  | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה |
| 03-9681888  | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה |
| 052-7051641 | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה |
| 054-2144455 | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה | ד"ר חנה חנה |

# מחלקת שכר וגמלאות

## נתונים אישיים

פירוט תשלומים וניכויים תלוש: 17434 דף: 1

מלך יצחק 1143197  
מספר נוספת: 0  
מספר זהות: 38774097

מספר: 130  
מספר תעודת זהות: 15000132  
מספר תעודת זהות: 7530325  
מספר תעודת זהות: 394019  
מספר תעודת זהות: 61292

| שם (מלך) | מלך   | תאריך    |
|----------|-------|----------|
| מלך יצחק | 2     | 24/09/12 |
| מלך יצחק | 100   | 13/09/13 |
| מלך יצחק | 403   | 01/17    |
| מלך יצחק | 2.75  | 16/03/05 |
| מלך יצחק | 14.74 | 24/03/14 |
| מלך יצחק | 16.12 |          |
| מלך יצחק | 1     |          |
| מלך יצחק | 11.00 |          |

| מסל       | שם נחלק                              | מלך      | חודשי | מספר |
|-----------|--------------------------------------|----------|-------|------|
| 1236.25   | נקודות זכיות                         | 5.75     |       |      |
| 31.00     | % מס שולי שנתי                       |          |       |      |
| 1.00      | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 36.68     | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 18.02     | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 17.51     | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 108412.10 | ברווז פנסיה                          | 12845.61 |       |      |
| 110062.10 | ברווז פנסיה                          | 12845.61 |       |      |
| 11138.00  | ברווז פנסיה                          | 2844.85  |       |      |
| 124347.40 | ברווז פנסיה                          | 15107.05 |       |      |
| 5.00      | ימים בשבוע                           |          |       |      |
| 0210      | הפרשי שנים קודמות למס (כולל בצבירות) |          |       |      |
| 944.88    | חומש לפי: 2016 ברוז: 3176.08         |          |       |      |

| מסל  | שם העדפה | מלך   | חודשי | מספר |
|------|----------|-------|-------|------|
| 3953 | מלך יצחק | 7.50  |       |      |
| 3987 | מלך יצחק | 5.00  |       |      |
| 3751 | מלך יצחק | 13.50 |       |      |

| מסל  | שם העדפה | מלך   | חודשי | מספר |
|------|----------|-------|-------|------|
| 3953 | מלך יצחק | 7.50  |       |      |
| 3987 | מלך יצחק | 5.00  |       |      |
| 3751 | מלך יצחק | 13.50 |       |      |

| מסל       | שם העדפה                             | מלך      | חודשי | מספר |
|-----------|--------------------------------------|----------|-------|------|
| 1236.25   | נקודות זכיות                         | 5.75     |       |      |
| 31.00     | % מס שולי שנתי                       |          |       |      |
| 1.00      | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 36.68     | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 18.02     | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 17.51     | נקודות זכיות נוספות                  |          |       |      |
| 108412.10 | ברווז פנסיה                          | 12845.61 |       |      |
| 110062.10 | ברווז פנסיה                          | 12845.61 |       |      |
| 11138.00  | ברווז פנסיה                          | 2844.85  |       |      |
| 124347.40 | ברווז פנסיה                          | 15107.05 |       |      |
| 5.00      | ימים בשבוע                           |          |       |      |
| 0210      | הפרשי שנים קודמות למס (כולל בצבירות) |          |       |      |
| 944.88    | חומש לפי: 2016 ברוז: 3176.08         |          |       |      |

## תשלומים

### מסל

| מסל      | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|----------|--------------|-----------|------------|-----|
| 2623.47  | שכר יסוד     |           |            |     |
| 456.57   | תוספת ותק    |           |            |     |
| 981.89   | 0.63 04      | 41.70     |            |     |
| 328.76   | 0.37         | 39.08     |            |     |
| 328.76   | 3.60         | 3.60      |            |     |
| 540.44   | 32.77        | 32.77     |            |     |
| 384.24   | 64.59        | 64.59     |            |     |
| 1224.95  | 4.70         | 4.70      |            |     |
| 4188.65  | 7.25         | 7.25      |            |     |
| 519.71   | 1.37         | 1.37      |            |     |
| 839.36   |              |           |            |     |
| 170.73   |              |           |            |     |
| 258.18   |              |           |            |     |
| 12845.61 | סה"כ מסכורת  |           |            |     |

### מסל

| מסל  | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|------|--------------|-----------|------------|-----|
| 1115 | מסל          | 9.00      |            |     |

### מסל

| מסל  | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|------|--------------|-----------|------------|-----|
| 1930 | השכר בריאות  |           |            |     |
| 0842 | השכר בריאות  |           |            |     |
| 0689 | השכר בריאות  |           |            |     |
| 1512 | השכר בריאות  |           |            |     |

### מסל

| מסל  | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|------|--------------|-----------|------------|-----|
| 1444 | מלגת חינוך   | 1.00      |            |     |
| 1111 | גילום מס הכ  |           |            |     |
| 1777 | גילום מס הכ  |           |            |     |

### מסל

| מסל      | שם מסל/תוספת      | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|----------|-------------------|-----------|------------|-----|
| 15260.20 | ברווז שומך        |           |            |     |
| 694.72   | ברווז הפרשים      |           |            |     |
| 16954.92 | ברווז כולל הפרשים |           |            |     |

## ניכויים

### מסל

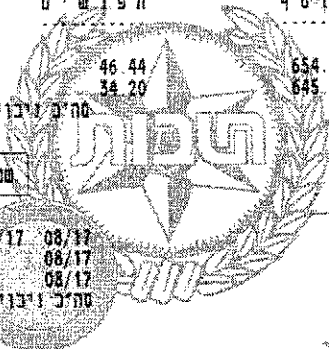
| מסל     | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|---------|--------------|-----------|------------|-----|
| 1240.00 | מסל          |           |            |     |
| 700.76  | מסל          |           |            |     |
| 679.27  | מסל          |           |            |     |
| 2620.03 | מסל          |           |            |     |

### מסל

| מסל      | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|----------|--------------|-----------|------------|-----|
| 13334.89 | מסל          |           |            |     |

### מסל

| מסל    | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מסל |
|--------|--------------|-----------|------------|-----|
| 45.00  | מסל          |           |            |     |
| 53.50  | מסל          |           |            |     |
| 66.00  | מסל          |           |            |     |
| 164.50 | מסל          |           |            |     |



# מחלקת שכר וגמלאות

## נתונים אישיים

פירוט תשלומים וניכויים 2017 09/09/2017 תלמידי 17711 ד"ר 1

מספר אישי 1143197 מספר זיהוי 38774097

מספר 130 חשבונית 15000132 יחידת אבטחה ורישוי 10  
אגף 000 קידום המס 22/6 זיהוי 7530325  
כתובת: 04 יחב חשבון 394019  
סניף 130 שירות רושמי ליד תא 61292

### תשלומים

### מסכמות

| מסל          | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם     |
|--------------|--------------|-----------|------------|-----------------|----------|
| ---          | ---          | ---       | ---        | ---             | ---      |
| שכר יסוד     | 0535         | 41.70     | 04         | 0.63            | 2623.47  |
| תוספת ותק    | 0667         |           |            |                 | 456.57   |
| ג. השתלמות א | 0897         |           |            |                 | 981.89   |
| ג. השתלמות ב | 0570         | 39.08     | 0.37       |                 | 328.76   |
| מיסוד חדש    | 4544         | 3.60      |            |                 | 328.76   |
| ה. שכר 2001  | 0567         | 32.77     |            |                 | 540.44   |
| הכ קציני מ   | 0742         | 64.59     |            |                 | 384.24   |
| ת.הט. במסמך  | 4934         | 4.70      |            |                 | 1224.95  |
| תוספת 2009   | 4994         | 7.25      |            |                 | 4188.55  |
| תוספת 2011   | 5401         | 1.37      |            |                 | 519.71   |
| אחוזית 2016  | 5402         |           |            |                 | 839.36   |
| שקלית 2016   |              |           |            |                 | 170.73   |
|              |              |           |            |                 | 258.18   |
|              |              |           |            |                 | 12845.61 |

### החזר הוצאות

| מסל          | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם   |
|--------------|--------------|-----------|------------|-----------------|--------|
| ---          | ---          | ---       | ---        | ---             | ---    |
| הש.ב. בריאות | 1930         | 150.00    | 74.5       |                 | 182.34 |
| הש.ע.פ. דוגה | 0842         | 5.00      |            |                 | 36.45  |
| אש"ל גרובלי  | 0659         |           |            |                 | 621.00 |
|              |              |           |            |                 | 839.79 |

### תשלומים אחרים

| מסל         | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם  |
|-------------|--------------|-----------|------------|-----------------|-------|
| ---         | ---          | ---       | ---        | ---             | ---   |
| גילום מס חכ | 1111         |           |            |                 | 37.87 |
| גילום ביל   | 1777         |           |            |                 | 15.08 |
|             |              |           |            |                 | 52.95 |

ברוטו שוטף 13738.35

ברוטו הפרשים 391.44

ברוטו כולל הפרשים 14129.79

### ניכויים

### ניכויי חובה

| מסל          | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם    |
|--------------|--------------|-----------|------------|-----------------|---------|
| ---          | ---          | ---       | ---        | ---             | ---     |
| מס הכנסה     |              | 674.27    | 24.52      |                 | 707.00  |
| ביטוח לאומי  |              | 586.13    | 18.06      |                 | 598.79  |
| ביטוח בריאות |              |           |            |                 | 604.19  |
|              |              |           |            |                 | 1909.98 |

שכר נטו 12219.81

### ניכויי מס

| מסל           | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם   |
|---------------|--------------|-----------|------------|-----------------|--------|
| ---           | ---          | ---       | ---        | ---             | ---    |
| כלכלה         | 2450         |           |            |                 | 45.00  |
| ג. ח"מ ושו"י  | 3331         |           |            |                 | 53.50  |
| ק. שוטף ושו"י | 3332         |           |            |                 | 66.00  |
|               |              |           |            |                 | 164.50 |



| שט נטו | מסל | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם  |
|--------|-----|--------------|-----------|------------|-----------------|-------|
| ---    | --- | ---          | ---       | ---        | ---             | ---   |
| מסל    | 1   | 11.00        |           |            |                 | 11.00 |
| מסל    | 2   | 100          |           |            |                 | 100   |
| מסל    | 3   | 405          |           |            |                 | 405   |
| מסל    | 4   | 2.75         |           |            |                 | 2.75  |
| מסל    | 5   | 14.74        |           |            |                 | 14.74 |
| מסל    | 6   | 16.12        |           |            |                 | 16.12 |
| מסל    | 7   | 1            |           |            |                 | 1     |
| מסל    | 8   | 11.00        |           |            |                 | 11.00 |

| מסל                                  | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם      |
|--------------------------------------|--------------|-----------|------------|-----------------|-----------|
| ---                                  | ---          | ---       | ---        | ---             | ---       |
| נקודות זיכוי                         | 5.75         | 1236.25   |            |                 | 1236.25   |
| % מס שולי שותף                       | 31.00        |           |            |                 | 31.00     |
| ד.ק.ש.י. לחן                         | 1.00         | 300.00    |            |                 | 300.00    |
| נקוד. זכ. נוספות                     |              | 36.68     |            |                 | 36.68     |
| דקיפה נוס. 99                        |              | 18.02     |            |                 | 18.02     |
| ק. לדיפוי ש                          |              | 17.51     |            |                 | 17.51     |
| דקיפה שלולגי                         |              | 121257.71 |            |                 | 121257.71 |
| ברוטו פנסיה                          |              | 122907.71 |            |                 | 122907.71 |
| ברוטו קצבה                           |              | 12181.25  |            |                 | 12181.25  |
| בר.ע.ק. לשכירים                      |              | 1043.25   |            |                 | 1043.25   |
| ברוטו ביל                            |              | 138636.82 |            |                 | 138636.82 |
| מיס'ם במבוע                          | 5.00         | 13928.22  |            |                 | 13928.22  |
| הפרשי שוים קדומות למס (כלול בצבירות) |              |           |            |                 |           |
| חומש לפי 2017 ברוטו                  | 3176.10      |           |            |                 | 3176.10   |
| מס                                   | 944.90       |           |            |                 | 944.90    |

| מסל           | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם    |
|---------------|--------------|-----------|------------|-----------------|---------|
| ---           | ---          | ---       | ---        | ---             | ---     |
| שט הקופה      | 7.50         | 963.42    |            |                 | 963.42  |
| ק. השתלמו     | 5.00         | 52.16     |            |                 | 52.16   |
| לשם נגל       | 13.50        | 1734.16   |            |                 | 1734.16 |
| חזרה 19 חקיפה |              |           |            |                 |         |

| מסל                                   | שט מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מתאריך עד תאריך | מכרם      |
|---------------------------------------|--------------|-----------|------------|-----------------|-----------|
| ---                                   | ---          | ---       | ---        | ---             | ---       |
| חודשי עבודה                           | 945006150    |           |            |                 |           |
| מסל                                   | 1            | 140485.67 |            |                 | 140485.67 |
| ברוטו למס                             |              | 9094.34   |            |                 | 9094.34   |
| מס הכנסה                              |              | 9145.00   |            |                 | 9145.00   |
| זיכוי חשכ                             |              | 1984.38   |            |                 | 1984.38   |
| ח.ב. חיים                             |              | 481.50    |            |                 | 481.50    |
| מס' 45                                |              | 9340.72   |            |                 | 9340.72   |
| גילום מס                              |              | 336.39    |            |                 | 336.39    |
| מס.שנתיים                             |              | 12171.08  |            |                 | 12171.08  |
| השלום ומו                             |              | 795.22    |            |                 | 795.22    |
| יתרת ימי ח"מ                          | 80.33        |           |            |                 | 80.33     |
| יתרת ח"מ החודש ניצלת                  | 1.00         |           |            |                 | 1.00      |
| יתרת בגין מחלה                        |              |           |            |                 |           |
| מתחילת השנה נוצלו                     | 6.00         |           |            |                 | 6.00      |
| הנתונים נכונים ל-2017                 | 31.08        |           |            |                 | 31.08     |
| ימי שירותו לאחר מכן לא באו לידי ביטוי |              |           |            |                 |           |
| מ.ה. - 7800101001                     |              |           |            |                 |           |
| מ.עלות - 510700                       |              |           |            |                 |           |

# מחלקת שכר וגמלאות

## נתונים אישיים

אוקטובר 2017 פירוט תשלומים וניכויים חלוש 17784 97 1

מסל: צמח מספר איש: 1143197  
מספר בוספת: 0 מספר זהות: 58774097

מספר: 130  
אנפ: 000 יחידה: 15000132 יחידת אבטחה: 00000000  
כתובת: קידוש המס 22/6 ראשון לציון 7530326  
בנק: 04 יתב: 394019  
סניף: 130 מדרות דומשילד תא: 61292

### תשלומים

### מסכורות

| מסל      | שם מסל/תוספת  | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס      |
|----------|---------------|-----------|-------------|-----------------|----------|
| מסל יסוד | תוספת ותק     |           |             |                 | 2623.47  |
| 0535     | 9.1 רמה ב     | 41.70     | 0.63        | 04              | 456.57   |
| 0667     | ג. השתלמות א  |           |             |                 | 981.89   |
| 0897     | ג. השתלמות ב  |           |             |                 | 328.76   |
| 0570     | שימור חוס     | 39.08     | 0.37        |                 | 328.76   |
| 4544     | ה. שכר 2001   | 3.60      |             |                 | 540.44   |
| 0567     | הכ. קצ'ני מ   | 32.77     |             |                 | 384.24   |
| 0742     | ת. הש. במסעדה | 64.59     |             |                 | 1224.95  |
| 4934     | תוספת 2009    | 4.70      |             |                 | 4188.55  |
| 4994     | תוספת 2011    | 7.25      |             |                 | 519.71   |
| 5401     | אחוזית 2016   | 1.37      |             |                 | 839.36   |
| 5402     | שקלית 2016    |           |             |                 | 170.73   |
|          |               |           |             |                 | 250.18   |
|          |               |           |             |                 | 12845.61 |

### החזר הוצאות

| מסל  | שם מסל/תוספת  | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס     |
|------|---------------|-----------|-------------|-----------------|---------|
| 4431 | א. מקצועית    | 1.00      |             |                 | 399.00  |
| 4589 | החזר א. מקצ   |           |             |                 | 386.00  |
| 1930 | הש. ב. כריאות | 150.00    |             |                 | 183.88  |
| 0842 | ש. ע. דרנה    | 5.00      |             |                 | 36.45   |
| 6689 | אש"ל גלובלי   |           |             |                 | 621.00  |
|      |               |           |             |                 | 1626.33 |

### תשלומים אחרים

| מסל  | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס    |
|------|--------------|-----------|-------------|-----------------|--------|
| 1111 | גילום מס הב  |           |             |                 | 240.79 |
| 1777 | גילום ב"ל    |           |             |                 | 95.81  |
|      |              |           |             |                 | 336.60 |

ברוטו נוסף 14808.54

ברוטו הפרשים 4.55

ברוטו כנ"ל הפרשים 14813.09

### ניכויים

### ניכויי חובה

| מסל          | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס     |
|--------------|--------------|-----------|-------------|-----------------|---------|
| מס הכנסה     |              |           |             |                 | 789.00  |
| ביטוח לאומי  |              | 600.25    | 19.65       |                 | 619.90  |
| ביטוח בריאות |              | 605.26    | 14.47       |                 | 619.73  |
|              |              |           |             |                 | 2028.63 |

שכר נוסף 12784.46

### ניכויי מסוד

| מסל  | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס    |
|------|--------------|-----------|-------------|-----------------|--------|
| 2450 | כלכלה        |           |             |                 | 45.00  |
| 3089 | א. מק. קרנות |           |             |                 | 386.00 |
| 3331 | ב. חיים-נוסף |           |             |                 | 53.50  |
| 3332 | ק. מוסד-נוסף |           |             |                 | 66.00  |
|      |              |           |             |                 | 550.50 |

### מס נתון

| מסל            | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס      |
|----------------|--------------|-----------|-------------|-----------------|----------|
| מסל משפחתי     |              |           |             |                 | 2        |
| מס ילדים       |              |           |             |                 | 100      |
| דיוני          |              |           |             |                 | 799      |
| דיוני כתף      |              |           |             |                 | 403      |
| דיוני שכר      |              |           |             |                 | 2.75     |
| דיוני תואר שני |              |           |             |                 | 14.74    |
| דיוני ותק      |              |           |             |                 | 16.12    |
| דיוני ותק לשכר |              |           |             |                 | 1        |
| דיוני תלמיד    |              |           |             |                 | 16/03/05 |
| דיוני תלמיד    |              |           |             |                 | 24/03/14 |

### נתונים אישיים

| מסל | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס      |
|-----|--------------|-----------|-------------|-----------------|----------|
| מסל |              |           |             |                 | 31.00    |
| מסל |              |           |             |                 | 5.75     |
| מסל |              |           |             |                 | 1.00     |
| מסל |              |           |             |                 | 36.68    |
| מסל |              |           |             |                 | 18.02    |
| מסל |              |           |             |                 | 17.46    |
| מסל |              |           |             |                 | 289.33   |
| מסל |              |           |             |                 | 289.33   |
| מסל |              |           |             |                 | 1442.45  |
| מסל |              |           |             |                 | 12845.61 |
| מסל |              |           |             |                 | 12845.61 |
| מסל |              |           |             |                 | 14310.82 |
| מסל |              |           |             |                 | 5.00     |
| מסל |              |           |             |                 | 0210     |
| מסל |              |           |             |                 | 944.86   |

### הפרשות סעיף לקצ'ות גמל

| מסל  | שם מסל/תוספת   | כמות/אחוז | זיהוי ונוסף | מספרין עד תאריך | כנס     |
|------|----------------|-----------|-------------|-----------------|---------|
| 3953 | מסל ק. השתלמות | 7.50      |             |                 | 963.42  |
| 3987 | לשם נמל        | 5.00      |             |                 | 72.12   |
| 3751 | הראל 19 מקיפה  | 13.50     |             |                 | 1734.16 |

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

### מסל

# מחלקת שכר וגמלאות

## נתונים אישיים

פירוט תשלומים וניכויים תלוש 17551 17 1

מספר אישי 1143197 מספר זהות 38774097

### תשלומים

#### מסכמות

| מסל   | שם מסל/תוספת  | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום     |
|-------|---------------|-----------|------------|---------------------|----------|
| 50535 | שכר יסוד      | 41.70     | 04         | 0.63                | 2623.47  |
| 0667  | תוספת ותק     |           |            |                     | 456.57   |
| 0897  | ג. השתלמות א  |           |            |                     | 981.89   |
| 0570  | ג. השתלמות ב  |           |            |                     | 328.76   |
| 4544  | שיעור חדש     | 39.08     | 0.37       |                     | 328.76   |
| 0567  | ה. שכר 2001   | 3.60      |            |                     | 540.44   |
| 0742  | הכ. קצ'ני ט   | 32.77     |            |                     | 384.24   |
| 4934  | ת. הש. במשכרה | 64.59     |            |                     | 1224.95  |
| 4994  | תוספת 2009    | 4.70      |            |                     | 4188.55  |
| 5401  | תוספת 2011    | 7.25      |            |                     | 519.71   |
| 5402  | אחוזית 2016   | 1.37      |            |                     | 839.36   |
|       | שקלית 2016    |           |            |                     | 170.73   |
|       |               |           |            |                     | 258.18   |
|       |               |           |            |                     | 12845.61 |

#### החזר הוצאות

| מסל  | שם מסל/תוספת  | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום    |
|------|---------------|-----------|------------|---------------------|---------|
| 0973 | השת. נני ילד  | 0.01      |            |                     | 580.00  |
| 1930 | הש. ב. בריאות |           |            |                     | 186.71  |
| 0842 | סל. עפ. דוגה  | 150.00    |            |                     | 36.45   |
| 0689 | אשיל גלובלי   | 5.00      | 74.5       |                     | 621.00  |
|      |               |           |            |                     | 1424.16 |

#### תשלומים אחרים

| מסל  | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום     |
|------|--------------|-----------|------------|---------------------|----------|
| 1111 | נילום מס הכ  |           |            |                     | 37.87    |
| 1777 | נילום ב'ל    |           |            |                     | 15.08    |
|      |              |           |            |                     | 52.95    |
|      |              |           |            |                     | 14322.72 |
|      |              |           |            |                     | 1569.60  |
|      |              |           |            |                     | 15892.32 |

### ניכויים

#### ניכויי חובה

| מסל    | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום    |
|--------|--------------|-----------|------------|---------------------|---------|
| 593.27 | מס הכנסה     |           |            |                     | 1171.00 |
| 600.12 | ביטוח לאומי  | 103.29    |            |                     | 696.56  |
|        | ביטוח בריאות | 76.06     |            |                     | 676.18  |
|        |              |           |            |                     | 2643.74 |

#### ניכויי מסדור

| מסל  | שם מסל/תוספת  | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום   |
|------|---------------|-----------|------------|---------------------|--------|
| 2450 | כלכלה         |           |            |                     | 45.00  |
| 3331 | ב. חיי-נשוי   |           |            |                     | 53.50  |
| 3332 | ק. מסדור נשוי |           |            |                     | 66.00  |
|      |               |           |            |                     | 164.50 |



מספר 130 מספרה 1500032 יחידת אגמחה ורישוי 17  
אגף 000 יחידה 22/6 ואסון לצ' 7530325  
בתורת קידום השם 04 יחב 594019  
בנק 130 שדרות רוטשילד תא 61292

| מסל | שם מסל/תוספת | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום     |
|-----|--------------|-----------|------------|---------------------|----------|
| 100 | מסל          |           |            |                     | 24/09/12 |
| 403 | מסל          |           |            |                     | 13/09/15 |
| 1   | מסל          |           |            |                     | 01/17    |
|     |              |           |            |                     | 16/03/05 |
|     |              |           |            |                     | 24/03/14 |

| מסל  | שם מסל/תוספת                         | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום      |
|------|--------------------------------------|-----------|------------|---------------------|-----------|
| 0479 | נקודות זיכוי                         | 1236.25   | 5.75       |                     | 146948.93 |
| 0474 | % מס פולי שנתי                       | 31.00     |            |                     | 148598.93 |
| 0474 | נקודות זיכוי                         | 1.00      |            |                     | 16406.96  |
| 0474 | זק. לריפוי ט                         | 36.68     |            |                     | 168966.17 |
| 0474 | זק. לריפוי ט                         | 18.02     |            |                     |           |
| 0162 | זק. לריפוי ט                         | 17.23     |            |                     |           |
| 0153 | ברוטו פנסיה                          | 12845.61  |            |                     |           |
| 0198 | ברוטו פנסיה                          | 12845.61  |            |                     |           |
| 0102 | ברוטו פנסיה                          | 2783.25   |            |                     |           |
| 0073 | ברוטו פנסיה                          | 14207.94  |            |                     |           |
| 0210 | ימים בשבוע                           | 5.00      |            |                     |           |
|      | הפרשי שנים קודמות לשם (כולל בצבירות) |           |            |                     | 944.88    |
|      | חושב לפי: 2016 ברוטו: 3176.08        |           |            |                     |           |

| מסל  | שם מסל/תוספת            | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום    |
|------|-------------------------|-----------|------------|---------------------|---------|
| 3953 | הפרשות מעסיק לקופות גמל | 1910      | 7.50       |                     | 963.42  |
| 3987 | שם הקופה                |           | 5.00       |                     | 139.16  |
| 3751 | ק. השתלמו               |           | 13.50      |                     | 1734.16 |
|      |                         |           |            |                     | 820.33  |

| מסל | שם מסל/תוספת                           | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מספר תאריך סד תאריך | סכום     |
|-----|----------------------------------------|-----------|------------|---------------------|----------|
| 1   | חודשי עבודה                            |           |            |                     | 11021.18 |
| 2   | מספר חיק ניכויים                       | 943006130 |            |                     | 7386.86  |
| 3   | ברוטו לשם                              | 171213.90 |            |                     | 7235.22  |
| 4   | מס הכנסה                               | 11105.00  |            |                     |          |
| 5   | זיכוי מס                               | 2415.92   |            |                     |          |
| 6   | מס. ב. חייט                            | 588.50    |            |                     |          |
| 7   | מס. 45%                                | 11434.90  |            |                     |          |
| 8   | נילום מס                               | 615.11    |            |                     |          |
| 9   | תש. שנתיים                             | 11504.72  |            |                     |          |
| 10  | תשלום נטו                              | 1454.11   |            |                     |          |
| 11  | יתרת ימי ח'ש                           | 77.50     |            |                     |          |
|     | למשש עד סוף השנה 3.17                  |           |            |                     |          |
|     | ימי ח'ש. ההודש ניצלת 0.00              |           |            |                     |          |
|     | ימי ח'ש. חלה                           |           |            |                     |          |
|     | הנתונים נכונים ל- 31.10.2017           |           |            |                     |          |
|     | ימים מדווחו לאחר מכן לא באו לידי ביטוי |           |            |                     |          |
|     | ה. - 7800101001                        |           |            |                     | 510700   |

## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 09/08/2020 15:53  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER. # : E75410F8N771041

|              |             |
|--------------|-------------|
| DATE, TIME   | 09/08 15:41 |
| FAX NO./NAME | 6250222     |
| DURATION     | 00:11:22    |
| PAGE(S)      | 08          |
| RESULT       | OK          |
| MODE         | STANDARD    |

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)  
 RAMAT GAN, 5252204  
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

6.8.20

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

לכבוד  
 מחלקת נפגעי עבודה  
 המוסד לביטוח לאומי – תל אביב  
באמצעות פקס : 03-6250222  
 ח.ג.

הנדון : יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
 תאונה מיום 15.11.17

1. נודע לי ממרשי כי קיבל את החלטתכם לפיה הוחלט לדחות את תביעתו מחמת אי קבלת כל המידע הדרוש על ידכם.
2. הדבר תמוה נוכח העובדה שהאמור נשלח ע"י הח"מ ויכול ונפלה שגגה.
3. על כן, החומר מוגש לכם בשנית ובצירוף הבהרות על מנת שתבחנו זאת מחדש.
4. במכתבכם ביקשתם רשימת שחקנים, אין המדובר בקבוצה רשומה, אלא, ביום כיף מטעם משטרת ישראל. אין למרשי כרטיס שחקן ואין רשימת שחקנים.
5. מרשי שוטר במשטרת ישראל.
6. מצ"ב השאלון עם תשובות מרשי, כן מצ"ב תלושי השכר המבוקשים על ידכם.

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)  
RAMAT GAN, 5252204  
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

13.7.20

**מ.ל.ב.**

**לצרכי מו"מ לפשרה בלבד**

**לכבוד**

**מחלקת נפגעי עבודה  
המוסד לביטוח לאומי – תל אביב  
באמצעות פקס: 03-6250222  
ח.נ.**

**הנדון: יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
תאונה מיום 15.11.17**

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 17.6.20 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב המבוקש במכתבכם.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

**בכבוד רב ובתודה,**

**אריאל פרייברג, עו"ד**

טל: 04-6223447  
פקס: 04-6250221  
שעות פעולה: 08:00-17:00  
קבלת כסף: 08:00-17:00  
דמי תחילת עבודה: 2221

דמי גיוע  
שירות חדש: 2221

החומר לביטוח לאומי

מספר תעודת זהות: 27  
מספר תעודת זהות: 27



מספר: 038774097-00-01

תאריך: 15.11.2017

מספר חשבו: 03877409-7  
תאריך פגיעה: 15.11.2017

מספר: 03877409-7  
מספר חשבו: 03877409-7  
מספר חשבו: 03877409-7

1. תאריך הפגיעה: 15.11.2017  
2. שעות הפגיעה: 13:00  
3. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
4. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
5. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
6. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
7. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
8. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
9. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017  
10. תאריך תחילת העבודה: 15.11.2017

עו"ד אריאל כרישברג  
חתימה: 82254

תאריך: 12.11.2017  
חתימה: 82254

מס' תעודת זהות: 11111111  
מס' תעודת זהות: 11111111  
מס' תעודת זהות: 11111111  
מס' תעודת זהות: 11111111  
מס' תעודת זהות: 11111111

דגל מדינה

מס' תעודת זהות: 11111111



מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

מס' תעודת זהות: 11111111 - מס' תעודת זהות: 11111111

03-9599300  
03-9681888  
03-9681888  
052-7054441  
054-2144455

**מחלקת שכר וגמלאות**

1971 2020 פירוש תשלומים וניכויים תלוש: 19613 1971

- 0 0 1 2 0 1 -

77-208

| ש"ס  | ש"ס/מיל/תוספת | כמות/החזר | זיהוי 9019 | מחיר/מיל/מיל | סכום    |
|------|---------------|-----------|------------|--------------|---------|
| 5555 | 9.1           | 41.70     | 0.63       | 04           | 2623.47 |
| 5555 | 9.1           | 39.08     | 0.27       | 14           | 597.63  |
| 5249 | 9.1           |           |            |              | 1018.95 |
| 0667 | 9.1           |           |            |              | 409.26  |
| 0897 | 9.1           |           |            |              | 900.00  |
| 4544 | 9.1           |           |            |              | 328.76  |
| 0698 | 9.1           |           |            |              | 328.76  |
| 0567 | 9.1           |           |            |              | 392.97  |
| 0742 | 9.1           |           |            |              | 51.20   |
| 4934 | 9.1           |           |            |              | 1289.80 |
| 4994 | 9.1           |           |            |              | 4267.91 |
| 5401 | 9.1           |           |            |              | 531.58  |
| 5402 | 9.1           |           |            |              | 858.42  |
|      | 9.1           |           |            |              | 186.98  |
|      | 9.1           |           |            |              | 1247.27 |

\* 0 1 8 5 1 0 1 1 0 0 \*

|        |       |       |            |        |               |       |
|--------|-------|-------|------------|--------|---------------|-------|
| 580.00 | 06/20 | 09/19 | *225530658 | 0.07   | 77' 11' השת"י | 09733 |
| 580.00 | 06/20 | 09/19 | *344976766 | 0.01   | 77' 11' השת"י | 09733 |
| 314.69 |       |       |            |        | הש"י ב"ר ארז  | 1930  |
| 36.45  |       |       |            | 150.00 | הש"י ע"ד ארז  | 0842  |
| 621.80 |       |       | 74.5       | 5.00   | הש"י ב"ר ארז  | 0665  |

• 0'108 0'01300

|         |       |       |       |       |       |                   |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| 5577.00 | 12/20 | 01/20 | 11:18 | 19.00 | 13.00 | 126 - קצוות הנורה |
| 37.91   |       |       |       |       |       | 111 - גילום סם הב |
| 15.00   |       |       |       |       |       | 177 - גילום ביל   |

[illegible]

- 0310 ' 1 13 ' 1 -

| ש"ח     | ש"ח      | ש"ח    | ש"ח      |
|---------|----------|--------|----------|
| 2765.00 |          |        | ס הכנסה  |
| 1151.00 | 348.00   | 803.00 | י"ח לזכר |
| 1023.00 | 254.00   | 769.00 | י"ח ברית |
|         | סה"כ י"ח |        |          |

7700, 112, 1

|                                                                                     |       |       |            |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------------|-----|
| 80.00                                                                               | 06/20 | 06/20 | 07273      | 245 |
| 83.50                                                                               |       | 06/20 | 100-0111-3 | 330 |
| 66.00                                                                               |       | 06/20 | 100-1010-9 | 332 |
|  |       |       |            |     |
| <p>מחירון המכירה</p>                                                                |       |       |            |     |



## בתונים אישיים

|          |      |      |     |      |
|----------|------|------|-----|------|
| 1143197  | יו"ר | 1990 | 703 | 1376 |
| 35774097 | חבר  | 1990 | 0   | 1901 |

מסרד 150 תחנת  
000-918 יחידה 10000038 תחנת במידות יחידות 3938  
7530325 יחידות 27/6 תחנת 37  
394019 תחנת 20 - 04 פל  
61282 תחנת 37 תחנת 150 תחנת 9113

| תאריך | ערך   | סך יתרון |
|-------|-------|----------|
|       | 100   | 24/09/12 |
|       | 100   | 13/09/15 |
|       | 405   | 01/20    |
|       | 51.00 | 16/03/06 |
|       | 51.00 | 11/07/19 |

[illegible]

201 019107 0'000 010790

| שם המדינה     | מחיר  | מחיר    | מחיר   | מחיר |
|---------------|-------|---------|--------|------|
| 1918 ק הממלכה | 7.50  | 1545.74 | 545.22 | 395  |
| דמשק          | 5.00  | 90.87   |        | 398  |
| מדינת ישראל   | 13.50 | 2782.33 |        | 375  |

0100 0100 0100 0100

[illegible]

# מחלקת שכר וגמלאות

מאי 2020 מירט תשלומים וניכויים חלוש 19018 ד"ר 1

ת ש ל ו מ י ס

מ ס כ ו ר ת

| שכר     | שם מסל/תוספת           | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | סתאין עד תאריך | סכום |
|---------|------------------------|-----------|------------|----------------|------|
| 2623.47 | שכר יסוד               |           |            |                |      |
| 597.63  | תוספת נזק              |           |            |                |      |
| 1018.95 | 0535 - פ. 1. דסה ב     | 41.70     | 0.63 04    |                |      |
| 409.26  | 0535 - פ. 1. שיטור חדש | 39.08     | 0.27 14    |                |      |
| 900.00  | 5249 - פקד מחקדם       |           |            |                |      |
| 328.76  | 0667 - 2. השתלמות א    |           |            |                |      |
| 328.76  | 0897 - 1. השתלמות ב    |           |            |                |      |
| 392.97  | 4544 - ה. שכר 2001     | 3.60      |            |                |      |
| 51.20   | 0698 - דריכות מבצע     | 13.20     | 0.10       |                |      |
| 1289.80 | 0567 - ה. קציני ט      | 33.25     |            |                |      |
| 4267.91 | 0742 - ח. הש. במשטרה   | 64.20     |            |                |      |
| 531.51  | 4934 - תוספת 2009      | 4.70      |            |                |      |
| 858.42  | 4994 - תוספת 2011      | 7.25      |            |                |      |
| 186.98  | 5401 - אחוזית 2016     | 1.37      |            |                |      |
| 1247.27 | 5402 - שקלית 2016      |           |            |                |      |

15032.89 סה"כ משכורת

|        |       |       |            |      |               |      |
|--------|-------|-------|------------|------|---------------|------|
| 580.00 | 06/20 | 09/19 | *225530658 | 0.07 | הפח גני ילד   | 0973 |
| 580.00 | 06/20 | 09/19 | *344976766 | 0.01 | הפח גני ילד   | 0973 |
| 227.50 |       |       |            |      | הש. ב. בריאות | 1930 |
| 36.45  |       |       |            |      | סל טע דרנה    | 0842 |
| 621.00 |       |       |            |      | אש"ל גלובלי   | 0689 |

2044.95 סה"כ החזר הוצאות

37.93  
15.08

53.01 סה"כ תשלומים אחרים

17130.85 ברורו מוסף

ני כ ו י י

ני כ ו י י ח ו ב ה

| שכר     | שם מסל/תוספת     | כמות/אחוז | הפרטים | סה"כ |
|---------|------------------|-----------|--------|------|
| 916.00  | מס אכנסה         |           |        |      |
| 750.00  | ביטוח לאומי      | 750.00    |        |      |
| 730.00  | ביטוח בריאות     | 730.00    |        |      |
| 2396.00 | סה"כ ניכויי חובה |           |        |      |

14734.85 שכר נטו

ני כ ו י י מ ש ו ר

|        |       |       |                     |
|--------|-------|-------|---------------------|
| 80.00  | 05/20 | 05/20 | 2450 - כלכלה        |
| 83.50  | 05/20 | 05/20 | 5331 - ב. אר"ט נש"ר |
| 86.00  | 05/20 | 05/20 | 3352 - ק. מוסר נש"ר |
| 199.50 |       |       | סה"כ ניכויי משרד    |



## נתונים אישיים

שכר יסודי: 1143197  
מספר אי"מ: 38774097  
מספר זיהוי: 8  
מספר: 130  
אזהרה: 1000000000  
מחלקת: 7530525  
כתובת: 22/6 ואש"ר  
בנק: 04  
חשבון: 394019  
מס' פ: 130 - מודעות רושמי לז תא 61292

| שם נתון       | ערך           | תאריך    |
|---------------|---------------|----------|
| חבר משפחתי    | נשוי          |          |
| מס ילדים      | 3             |          |
| דירוג         | 100           | 24/09/12 |
| דרגת כתר      | 100           | 13/08/15 |
| דרגת שכר      | 403           |          |
| וחק חוואר שני | 5.75          | 01/20    |
| סמ"כ וחק      | 17.74         |          |
| סמ"כ וחק לשכר | 20.62         |          |
| תלקיות        | מטרה מלאה     |          |
| מטרה          | מטרה 18 המוני |          |
| ח. המעקה      | 1             | 16/03/05 |
| מקצוע         | 51.00         | 11/07/19 |

| מסל            | שם נתון  | ערך      | חודשי | מצב |
|----------------|----------|----------|-------|-----|
| % מס שולי שנתי | 31.00    |          |       |     |
| נקודות זיכוי   | 8.25     | 1806.75  |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 12.13    | 15.64    |       |     |
| נקודות זיכוי   | 1.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 72.28    |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 33.07    |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 16.45    |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  | 9087.25  |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 | 76207.27 |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 | 77857.27 |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 | 86734.75 |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 15032.89 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 17013.02 |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 5.00     |          |       |     |
| זק. המ. קה"ש   | 1817.45  |          |       |     |
| זק. המ         |          |          |       |     |

# מחלקת שכר וגמלאות

אפריל 2020 פירוט תשלומים וניכויים חלושי 19078 1

## ח ס ל ו מ י ס

### ט ש כ ו ר ת

| מסל  | שם מחל/תוספת   | כמות/אחוז | זיהוי נוסף | מחירין עד תאריך | סכום    |
|------|----------------|-----------|------------|-----------------|---------|
|      | שכר יסוד       |           |            |                 | 2623.47 |
|      | תוספת ותק      |           |            |                 | 597.63  |
| 0535 | 9.1 רמה ב      | 41.70     | 0.63 04    |                 | 1018.95 |
| 0535 | 9.1 סיטור חדש  | 39.08     | 0.27 14    |                 | 409.26  |
| 5249 | פקד מחקדם      |           |            |                 | 900.00  |
| 0667 | נ. ומשלמות א   |           |            |                 | 528.76  |
| 0897 | נ. ומשלמות ב   |           |            |                 | 328.76  |
| 4544 | ה. שכר 2001    | 3.60      |            |                 | 392.97  |
| 0698 | דריכות מבצע    | 13.20     | 0.10       |                 | 51.20   |
| 0567 | הכ. קציוני מ   | 33.25     |            |                 | 1289.80 |
| 0742 | ת. ומש. במשמרה | 64.20     |            |                 | 4267.91 |
| 4934 | תוספת 2009     | 4.70      |            |                 | 531.51  |
| 4994 | תוספת 2011     | 7.25      |            |                 | 858.42  |
| 5401 | אחוזית-2016    | 1.57      |            |                 | 186.98  |
| 5402 | שקלית-2016     |           |            |                 | 1247.27 |

15032.89 סה"כ מסכורת

### ה ח ו ר ה ו צ א ו ת

|      |               |        |                        |  |        |
|------|---------------|--------|------------------------|--|--------|
| 0973 | השת. נני ילד  | 0.07   | 06/20 09/19 *225530658 |  | 580.00 |
| 0973 | השת. נני ילד  | 0.01   | 06/20 09/19 +344976766 |  | 580.00 |
| 1930 | הש. ב. בריאות |        |                        |  | 227.50 |
| 0842 | מל. ש. דגה    | 150.00 |                        |  | 36.45  |
| 0689 | אש"ל גליל     | 5.00   |                        |  | 621.00 |

2044.95 סה"כ חחור הוצאות

### ח ס ל ו מ י ס א ת ו י מ

|      |             |       |  |  |  |
|------|-------------|-------|--|--|--|
| 1111 | גילום מס הכ | 30.80 |  |  |  |
| 1777 | גילום ב"ל   | 15.08 |  |  |  |

45.88 סה"כ תשלומים אחרים

17123.72 ברוטו שוטף

2154.22 ברוטו הפרשים

19277.94 ברוטו כולל הפרשים

## נ י כ ו י י מ

### נ י כ ו י י מ ח ו ב ה

| מס הכנסה     | הפרשים | ס ה"כ   |
|--------------|--------|---------|
| ביטוח לאומי  | 141.00 | 1581.00 |
| ביטוח בריאות | 106.00 | 893.00  |
|              |        | 838.00  |

3312.00 סה"כ ניכויי חובה

15965.94 שכר נטו

|      |              |       |             |  |  |
|------|--------------|-------|-------------|--|--|
| 2450 | כלכלה        | 80.00 | 04/20 04/20 |  |  |
| 3331 | כ. חיים-נשוי | 53.50 | 04/20       |  |  |
| 3332 | ק. שוטל-נשוי | 66.00 | 04/20       |  |  |

199.50 סה"כ ניכויי מסדר



## נתונים אישיים

מסל יחידה 1143197 מספר חשבוני 58774097

מספר 130 מספר יחידה 10000038 מחלקת כספיות יחידת מספר 7530325 כתובת קידום המס 22/6 ראשון לציון 394019 חשבוני 04 חשבון 61292 סדרות דיוטסילר חא

| שם ותואר      | ערך            | תאריך    |
|---------------|----------------|----------|
| חשב. מספחתי   | נשוי           |          |
| ס. ילדי       | 3              |          |
| דירוג         | 100            | 24/09/12 |
| דרגה כחף      | פקד            | 13/09/15 |
| דרגה שכר      | 403            |          |
| ותק תואר שני  | 5.75           | 01/20    |
| מח"כ ותק      | 17.74          |          |
| מח"כ ותק לשכר | 20.62          |          |
| מלשיות        | חשום מלאה      |          |
| מחבר          | סוטר מן המניין | 16/03/05 |
| ח. חשוקה      | 1              | 11/07/19 |
| מקצוע         | 51.00          |          |

| מסל                 | שם ותואר                            | ערך      | חודשי | מסכום    |
|---------------------|-------------------------------------|----------|-------|----------|
| % מס שולי שנות      |                                     | 31.00    |       |          |
| נקודות זיכוי        |                                     | 8.25     |       |          |
| 0080                | ז. המ. קה"מ                         | 1806.75  |       |          |
| 0081                | ז. המ. קה"מ                         | 27.77    |       | 27.77    |
| 0479                | נקודות זיכוי                        | 39.39    |       |          |
| 0474                | ז. המ. קה"מ                         | 1.00     |       |          |
| 0474                | ז. המ. קה"מ                         | 72.28    |       |          |
| 0474                | ז. המ. קה"מ                         | 33.07    |       |          |
| 0474                | ז. המ. קה"מ                         | 16.25    |       |          |
| 0198                | ברוטו פנסיה                         | 7269.80  |       |          |
| 0152                | ברוטו פנסיה                         | 1817.45  |       |          |
| 0153                | ברוטו פנסיה                         | 61174.35 |       | 15032.89 |
| 0156                | ברוטו פנסיה                         | 61781.56 |       | 15032.89 |
| 0102                | ברוטו ב"ל                           | 2121.41  |       |          |
| 0073                | ימים במבצע                          | 17045.59 |       |          |
| 0210                | חפשי שנים קודמות למס (כולל בצבירות) | 5.00     |       |          |
| חושב לפי 2020 ברוטו |                                     | 986.43   |       | 293.45   |

| מסל  | שם הקופה        | אחוז  | חודשי | מסכום   |
|------|-----------------|-------|-------|---------|
| 3953 | 1910 ק. ומשלמות | 7.50  |       | 1286.57 |
| 3981 | לשם גמל         | 5.00  |       | 90.87   |
| 3751 | הואל 19 מקיפה   | 13.50 |       | 2315.83 |

### סכומים מצטברים מתחילת שנה

| 1       | 2                                    | 3                      | 4       | חודשי עבודה  | מספר חק ניכויים |
|---------|--------------------------------------|------------------------|---------|--------------|-----------------|
| 4588.08 | 70656.43                             | 214.00                 | 4179.00 | הפר. ק. מקיפ | 943006130       |
| 3114.00 | 214.00                               | 890.05                 | 4791.09 | ניכוי ב.ל    |                 |
| 3007.00 | 4179.00                              | 151.90                 | 359.13  | ניכוי ב.ב    |                 |
|         | 890.05                               | 1058.77                |         |              |                 |
|         | 4791.09                              |                        |         |              |                 |
|         | 359.13                               |                        |         |              |                 |
|         | 1058.77                              |                        |         |              |                 |
| 23.00   | מרת יסי ח"ש 106.3                    | מחשבות למס עד סוף השנה |         |              |                 |
|         | מ"ח חשום ניצול 2.00                  | ימ"ט בגין מחלה         |         |              |                 |
|         | מחילת השנה נוצלו 4.00                | ימ"ט מחלה              |         |              |                 |
|         | נתונים וכו' ל-31.03.2020             | (דו"ח אחרון שוטף)      |         |              |                 |
|         | מ"ט שדוחז לאחר מכן לא באו לידי ביטוי |                        |         |              |                 |
|         | מ.עלות - 7800101001                  |                        |         |              |                 |
|         | 220007                               |                        |         |              |                 |

## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 13/07/2020 19:36  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER. # : E75410F8N771041

|               |             |
|---------------|-------------|
| DATE, TIME    | 13/07 19:18 |
| FAX NO. /NAME | 6250222     |
| DURATION      | 00:17:46    |
| PAGE(S)       | 07          |
| RESULT        | OK          |
| MODE          | STANDARD    |

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)  
 RAMAT GAN, 5252204  
 Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

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

13.7.20

מ.ל.ב.

לצרכי מו"מ למשרה בלבד

לכבוד

מחלקת נפגעי עבודה  
 המוסד לביטוח לאומי – תל אביב  
באמצעות פקס : 03-6250222  
 ח.ג.

הנדון : יצחק מלכי, ת.ז. 038779097  
 תאונה מיום 15.11.17

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 17.6.20 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן :

1. מצי"ב המבוקש במכתבכם.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



דמי פגיעה

שירות חדש: זימון תור 8321\*

סניף: תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב-יפו 6777517

טל: 04-8812345 או \*6050

פקס: 03-6250222

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30

זימון תור ב-8321\*

תיק: 038774097-60-01

דף 1 מתוך 1

לכבוד

פרייברג אריאל, עו"ד

אבא חלל 7

רמת גן 5252204

711-083-104

תיק: 038774097-60-01

כ"ה בסיון, תש"פ  
17 ביוני 2020

אדון נכבד/ גברת נכבדה,

הנדון: מר יצחק מלכי, תאונת עבודה מתאריך 15/11/2017

מצורף בזאת מכתב שנשלח ל מר יצחק מלכי ת"ז 3877409/7, בנוגע לתביעה לתשלום דמי פגיעה בגין התאונה מיום 15/11/2017

בכבוד רב,  
אדרי מורן  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה

מורן אדרי  
מח' נפגעי עבודה  
סניף תל-אביב



תיק: 038774097-60-01

לכבוד

יצחק מלכי

קידוש השם 22 דירה 6

ראשון לציון 7530325

711-083-104



תיק: 038774097-60-01

כ"ה בסיון, תש"פ  
17 ביוני 2020

מספר תיק: 03877409-7

תאריך פגיעה: 15/11/2017

אדון נכבד,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת המסמכים החסרים, כמפורט להלן:

1. מצ"ב שאלון לעסיק- יש להחזירו מלא וחתום בחתימה וחותמת מעסיק
2. מצ"ב עמוד 3 מטופס התביעה- נא השלם את סעיפים 3, 4 במלואם
3. יש להמציא תלושי שכר לחודשים: 11.2017, 10.2017, 9.2017, 8.2017
4. מכתב חתום בחתימה וחותמת מעסיק לעניין תקופת העדרות ותאריך חזרה לעבודה בשל האירוע הנדון.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

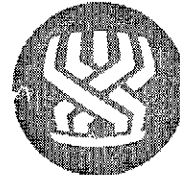
לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,  
אדרי מורן  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה

העתק:

משטרת ישראל המטה הארצי  
עו"ד פרייברג אריאל

בל/197



תיק: 038774097-60-01

דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 03877409-7  
תאריך פגיעה: 15/11/2017

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף תל אביב  
מחלקת נפגעי עבודה

1. תאריך הפגיעה \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ היום בשבוע: \_\_\_\_ שעת הפגיעה: \_\_\_\_
2. תיאור המקום בו אירעה הפגיעה: \_\_\_\_
3. תיאור אופן התרחשות הפגיעה: \_\_\_\_
4. האם פעילות הספורט התקיימה בשטח המפעל?  
☐ כן ☐ לא, הפעילות התקיימה ב- \_\_\_\_
5. פעילות הספורט התקיימה: ☐ במשך העבודה ☐ במשך ההפסקה ☐ במסגרת יום ספורט
6. פעילות הספורט התקיימה משעה: \_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_
7. תיאור אופי פעילות הספורט: \_\_\_\_
8. פעילות הספורט אורגנה על ידי: ☐ המעביד ☐ ועד העובדים ☐ אחר, \_\_\_\_
9. פעילות הספורט אורגנה באישור המעביד? ☐ כן ☐ לא
- האם פעילות הספורט נחשבה כיום עבודה? ☐ כן ☐ לא
10. האם שולם שכר עבור אותו היום? ☐ כן ☐ לא, מכיוון \_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_

בל/3423סי



תיק: 038774097-60-01

דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 03877409-7  
תאריך פגיעה: 15/11/2017

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף תל אביב  
מחלקת נפגעי עבודה

1. אילו מקומות עבודה השתתפו בפעילות הספורט?  
\_\_\_\_\_
2. היכן נערך האימון/תחרות?  
\_\_\_\_\_
3. באילו שעות נערך האימון/תחרות?  
\_\_\_\_\_
4. תיאור אופן התרחשות הפגיעה:  
\_\_\_\_\_
5. האם למר יצחק מלכי יש כרטיס שחקן בליגה למקומות עבודה?  
☐ כן, נא לצרף את צילום הכרטיס לטופס זה. ☐ לא, נא להסביר  
\_\_\_\_\_
6. האם מר יצחק מלכי מופיע ברשימת השחקנים של הקבוצה?  
☐ כן, נא לצרף את צילום הרשימה לטופס זה. ☐ לא, נא להסביר  
\_\_\_\_\_
7. האם מר יצחק מלכי אמור היה להשתתף באימון/תחרות ביום הפגיעה? ☐ כן ☐ לא  
\_\_\_\_\_
8. מי מימן את הוצאות הקבוצה בנושאים הבאים? רכישת ציוד ספורט  
\_\_\_\_\_
- לבוש \_\_\_\_\_ הסעות \_\_\_\_\_ כלכלה \_\_\_\_\_
9. מי ארגן את הקמת הקבוצה ובחירת השחקנים?  
\_\_\_\_\_

הערות:

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

עמוד 3 מתוך 10

15.11.17

039774097

בא ציין את מספר תעודת זהות

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|------------|--|------------|--|--------------|--|
| שעת הפסקת עבודה                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | תאריך הפסקת עבודה |  | שעת הפגיעה |  | היום בשבוע |  | תאריך הפגיעה |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |  | 13:00      |  | ד'י        |  | 15/11/2017   |  |
| <p>היכן אירעה הפגיעה?</p> <p>במהלך העבודה: <input type="checkbox"/> במפעל/בעסק <input type="checkbox"/> במחיצה <input type="checkbox"/> מחוץ למפעל <input type="checkbox"/> תאונה בבניין <input type="checkbox"/></p> <p>במסלול בדרך: <input type="checkbox"/> נא פרט את מסלול הרכב לעבודה או לביתך או ליעד אחר</p> |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>האם נכחו עדים בתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:</p> <p>שם כתובת מספר טלפון</p> <p>שם כתובת מספר טלפון</p>                                                                                                                                                                    |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>האם מדובר בתאונת דרכים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4</p>                                                                                                                                                                                                |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה</p> <p>תאריך מסירת ההודעה</p> <p>15/11/2017</p>                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>האירוע שנגרע</p> <p>מחלות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך)</p> <p>מחלת חבלה</p>                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)</p> <p>שם בית החולים / מחלקה</p> <p>תקופת אשפוז</p>                                                                                                                                                                                                               |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:</p> <p>קופת חולים שבה אתה חבר</p> <p>15/11/2017</p>                                                                                                                                     |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |
| <p>פרטי הרופאים המטפלים</p> <p>שם הרופא תחום המומחיות כתובת המרפאה טלפון המרפאה</p> <p>שם הרופא תחום המומחיות כתובת המרפאה טלפון המרפאה</p>                                                                                                                                                                         |  |                   |  |            |  |            |  |              |  |



Ariel Freiberg &lt;frei.ariel@gmail.com&gt;

**RE: תורים**

1 message

**תומר קרבאל** <tomerkravel@walla.co.il>

Reply-To: tomerkravel@walla.co.il

To: frei.ariel@gmail.com

Tue, Jul 7, 2020 at 11:07 AM

שלום  
שניהם יכולים להגיע ב 23.7.20 שעה 10 בוקר למרפאה  
האם יש חברת ביטח בעניינם?  
נא שלח לי חומר רפואי

כתב Ariel Freiberg, ב יולי 7, 2020 10:45

ד"ר קרבאל היקר שלום רב,

מה שלומך?

אני פונה אלייך בהיעדר מענה במרפאה.

אודה לקבלת שני תורים - אחד לחוות דעת (כנגד אדם אחר - תיק תקיפה) השני הערכת נכות לביטוח לאומי.

חיים לוי - חוות דעת - אין הגבלת מועד.

איציק מלכי - הערכת נכות עדיף ליום 23.7.

אודה לתשובתך בחזר.

בתודה רבה מראש ובברכת המשך יום נעים

--

**אריאל פרייברג, עו"ד**

טלפון: 03-7412358

סלולארי: 054-6544930

פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק  
ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב

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.

19.5.20

מלח - דואר + סין

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף ראשון לציון  
באמצעות פקס: 03-9426797

א.ג.נ.,

הנדון: יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
תאונה מיום 18.10.19

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.  
\*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



דמי פגיעה

שירות חדש: זימון נור 8321\*

סניף: תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב-יפו 6777517

טל: 04-8812345 או \*6050

פקס: 03-6250222

שעות מענה: א-ח 8:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30

זימון נור ב-8321\*

תיק: 038774097-60-01

לכבוד

פרויקט ארמל, עו"ד

אבא הלל 7

רמת גן 5252204

711-083-104



תיק: 038774097-60-01

כ"ז בתשרי, תשפ"א

15 באוקטובר 2020

מספר תיק: 03877409-7

תאריך פגיעה: 15/11/2017

שלום רב,

הנדון: תביעה לדמי פגיעה של מר יצחק מלכי, מתאריך 15/11/2017

בהמשך לשיחתנו הטלפונית  
השאלון מיועד למעסיק ועליו להיות מלא וחתום בחתימה וחותמת מעסיק.  
משלח לפקס 077-3180983

נא להחזיר בחקדם על מנת שנוכל לחדש טיפול כאמור במכתב מיום 28.7.2020

בכבוד רב,  
אדרי מורן  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה



תיק: 038774097-60-01

דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 03877409-7

תאריך פגיעה: 15/11/2017

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף תל אביב  
מחלקת נפגעי עבודה

1. תאריך הפגיעה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ היום בשבוע: \_\_\_\_ שעות הפגיעה: \_\_\_\_
2. תיאור המקום בו אירעה הפגיעה: \_\_\_\_\_
3. תיאור אופן התרחשות הפגיעה: \_\_\_\_\_
4. האם פעילות הספורט התקיימה בשטח המפעל?  
כן ☐ לא ☐ הפעילות התקיימה ב- \_\_\_\_\_
5. פעילות הספורט התקיימה: ☐ במשך העבודה ☐ במשך החפסקה ☐ במסגרת יום ספורט
6. פעילות הספורט התקיימה משעה: \_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_
7. תיאור אופי פעילות הספורט: \_\_\_\_\_
8. פעילות הספורט אורגנה על ידי: ☐ המעביד ☐ ועד העובדים ☐ אחר, \_\_\_\_\_
9. פעילות הספורט אורגנה באישור המעביד? ☐ כן ☐ לא
- האם פעילות הספורט נחשבה כיום עבודה? ☐ כן ☐ לא
10. האם שולם שכר עבור אותו היום? ☐ כן ☐ לא, מכיוון \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

בל/3423/ס



תיק: 01-60-038774097

דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 03877409-7  
תאריך פגיעה: 15/11/2017

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף תל אביב  
מחלקת נפגעי עבודה

1. אילו מקומות עבודה השתתפו בפעילות הספורט?

2. היכן נערך האימון/תחרות?

3. באילו שעות נערך האימון/תחרות?

4. תיאור אופן התרחשות הפגיעה:

5. האם למר יצחק מלכי יש כרטיס שחקן בליגה למקומות עבודה?

☐ כן, נא לצרף את צילום הכרטיס לטופס זה. ☐ לא, נא להסביר

6. האם מר יצחק מלכי מופיע ברשימת השחקנים של הקבוצה?

☐ כן, נא לצרף את צילום הרשימה לטופס זה. ☐ לא, נא להסביר

7. האם מר יצחק מלכי אמור היה להשתתף באימון/תחרות ביום הפגיעה? ☐ כן ☐ לא

8. מי מימן את הוצאות הקבוצה בנושאים הבאים: רכישת ציוד ספורט

לבוש \_\_\_\_\_ חסעות \_\_\_\_\_ כלכלה \_\_\_\_\_

9. מי ארגן את הקמת הקבוצה ובחירת השחקנים?

הערות:

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 15/10/2020 20:06  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME 15/10 20:05  
 FAX NO./NAME 0768603481  
 DURATION 00:00:50  
 PAGE(S) 03  
 RESULT OK  
 MODE STANDARD

טל: 04-8812345 או 6050\*  
 פקס: 03-6250222  
 שעות מענה: א"ח 17:00-8:00  
 אג"ח 12:30-8:00  
 קבלת קול: זימון ועור ב-8321\*  
 תיק: 038774097-60-01

דמי פגיעה

המוסד לביטוח לאומי



שירות חדש: זימון ועור 8321\*

סניף: תל אביב  
 ינחנן שדה 17  
 תל אביב-יפו 6777517

לכבוד

ברניבור אריאל, ע"ד  
 אבא חלל 7  
 רמת גן 5252204

711-083-104

תיק: 038774097-60-01  
 כ"ו בתשרי, תשפ"א  
 15 באוקטובר 2020



מספר תיק: 03877409-7

תאריך פגיעה: 15/11/2017

שלום רב,

הנדון: תביעה לדמי פגיעה של מר ינחנן מלכי, מתאריך 15/11/2017

בהמשך לשיחתנו הטלפונית  
 השאלון מיועד למעסיק ועליו לחיות מלא ותחום בהתימה וחוזמת מעסיק.  
 נשלח לפקס 077-3180983

נא להחזיר בהקדם על מנת שנוכל לחדש טיפול כאמור במכתב מיום 28.7.2020



# ממשלת ישראל

תאריך: 19-10-2020 18:17

נושא: השלמות לתביעה מול ביטוח לאומי 19.10.2020 FW:

מספר עמודים לפקס זה: 6

לידי: 0773180983

מאת: ר' תחום דו גלגלי היח' לבטיחות וגיהות

מספר פקס:

מספר טלפון: 036104487



מנהל מרכז לוגיסטיקה/אמצעים  
מנהל מרכזים המסעים והמסדות

איציק מלכי, פקד  
ראש תחום דו גלגלי  
ואחראי רכש יחידה  
נייד 0505074045



---

**From:** <moshesruia@Police.gov.il> ק' חוחה יחידות סמפכ"ל  
**Sent:** Monday, October 19, 2020 9:33 AM  
**To:** <ezakmalki@Police.gov.il> ר' תחום דו גלגלי היח' לבטיחות וגיהות  
**Subject:** 19.10.2020 השלמת לתביעה מול ביטוח לאומי

בבקשה

בברכה,  
רפ"ק משה סרויה  
ק' חוחה יחידות סמפכ"ל

## המוסד לביטוח לאומי



דמי בגיעות

שירות חדש: זמן חור 8321

טקס: תל אביב

יציאת שדה 17

תל אביב יפו 677517

טל: 6050 או 04-6812345

פקס: 03-6250222

שעות מענה: א-ו 08:00-17:00

קבלת קהל: א-ו 08:00-12:30

זמן חור ב-8321

תיק: 038774097-60-01

1 חודש

לכבוד

פרופסור אריאל, ע"ד

אבא חלל 7

רחוב 5252204

711-067-104

תיק: 038774097-60-01

כיון בוגשני, ונשיא

15 באוקטובר 2020



מספר תיק: 03877409-7

תאריך פגיעה: 15/11/2017

שלום רב,

הנדון: תביעת דמי פגיעה של מר יצחק מלכי, מתאריך 15/11/2017

בהמשך לשיחות הטלפוניות  
השאלון מועד למעשים ונלוו לחקירת מלא ותחום בהתייחס והחלטות מעסיק.  
משלח לפקס 077-3180983

נא להחזיר בזקדם על מנת שנוכל לחדש טיפול באזור במכתב מיום 28.7.2020

בכבוד רב,  
אדרי מורן  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה

אחות

טל: 6050 או 04-8812345  
פקס: 03-6250222  
שעות מעמד: 17:00-8:00  
קבלת קהל: 12:30-8:00  
זמן תור ב-8321\*

דמי פגיעה

שירות חירום: זמן תור 8321\*

www.btl.gov.il  
המוסד לביטוח לאומי

סניף: תל אביב  
יצחק שדה 17  
תל אביב - יפו 6777317



תיק: 038774097-60-01

דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 03877409-7  
תאריך פגיעה: 15/11/2017

לכבוד:  
המוסד לביטוח לאומי  
סניף תל אביב  
מחלקת נפגעי עבודה

1. אילו מקומות עבודה השתתפו בפעילות הספורטיבית?  
מחלקת כדורסל (אגף ספורט)
2. היכן נערך האימון/תחרות?  
במגרש הכדורסל כיכר רבי
3. באילו שעות נערך האימון/תחרות?  
9:00 עד 16:00
4. תיאור אופן התרחשות הפגיעה:  
כדורסל

5. האם למד יצחק מלכי יש כרטיס שחקן כלשהו למקומות עבודה?  
☐ כן, ☒ לא, לא, לא להסביר זה לאימי איתי
6. האם מר יצחק מלכי מופיע ברשימת השחקנים של הקבוצה?  
☐ כן, ☒ לא, לא, לא להסביר אגף ספורט
7. האם מר יצחק מלכי אמור היה להשתתף באימון/תחרות ביום הפגיעה?  
☐ כן, ☒ לא אולי
8. מי מימן את תוצאות הקבוצה בטוואיט האלים? רכישת ציוד ספורט  
אולי
9. מי ארגן את חקמת הקבוצה ובחירת השחקנים?  
כלכלה

הערות:

תאריך: 19/10/20 חתימה: משה מלכה, חתומה  
יועץ: יועץ

האנו ד"ר אהרן אהרן אהרן

038774097



ALLU. EL. NLU C22. U

05294668 1727P 08:32 18/11/17

[illegible]

0000X(08 15)

0000X(08 15)

*[Handwritten notes and signatures in Hebrew]*

|      |               |        |           |
|------|---------------|--------|-----------|
| שם:  | ד"ר חגית גורן | תאריך: | 20/11/20  |
| מס': | 123456789     | מס':   | 987654321 |
| מס': | 098765432     | מס':   | 123456789 |

0000X(08 15)

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

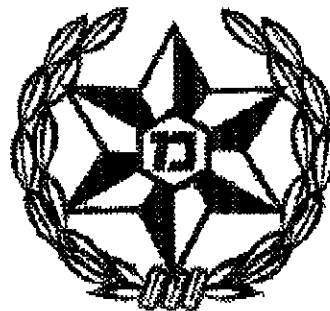
TIME : 20/10/2020 18:25  
NAME :  
FAX :  
TEL :  
SER.# : E75410F8N771041

|              |             |
|--------------|-------------|
| DATE, TIME   | 20/10 18:23 |
| FAX NO./NAME | 6250222     |
| DURATION     | 00:02:23    |
| PAGE(S)      | 07          |
| RESULT       | OK          |
| MODE         | STANDARD    |

19-Oct-2020 18:18 Fax from

SpanDSP Fax Ident

p.1



**מְשַׁטֶּרֶת יִשְׂרָאֵל**

תאריך: 19-10-2020 18:17

נושא: שלמות לתביעה מול ביטוח לאומי 19.10.2020 FW:

מספר עמודים לפקס זה: 6

לידי: 0773180983



ALLI. ELNHE C22.1

[illegible]

15/10/2020 19:22

972-3-5250222

NIFGAEV IVODA

PAGE 02/03

15/10/2020

le slon  
C/NK 90. 9m 1NO/10

15/10/2020

15/10/2020  
15/10/2020  
15/10/2020

01. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

01

01

02. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

02

02

03. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

03

03

04. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

04

04

05. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

05

05

06. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

06

06

07. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

07

07

08. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

08

08

09. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

09

09

10. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

10

10

11. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

11

11

12. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

12

12

13. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

13

13

14. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

15. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

16. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

17. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

18. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

19. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

20. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

21. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

22. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO



23. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

24. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

25. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

26. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

27. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

28. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

29. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

30. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

31. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

32. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

33. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

34. UNO ALGO DEL NUN NUN UNO

הנהגת הרכב נמצאת בבעלותו של...

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020

מסמך:

1. מידע כללי על הרכב
2. מידע על הנהגת הרכב
3. מידע על הבעלים
4. מידע על ההסדר
5. מידע על התשלומים

1. מידע כללי על הרכב
2. מידע על הנהגת הרכב
3. מידע על הבעלים
4. מידע על ההסדר
5. מידע על התשלומים

מסמך זה נמצא בבעלותו של...

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020



מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020

מסמך: 15/10/2020 תאריך: 15/10/2020



മലയാളം പാഠ്യ പുസ്തകം

(54 G ) KODE

~~SECRET~~ REF ID: A66089  
ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE  
~~SECRET~~

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

【例 1】

**सिद्धांतः**

 $\mathbb{N}_k =$ 

का. अ. अ.

UNPL

**UICL**

נא ציין את מספר תעודת זהות **038774097** ותאריך הפגיעה **15.11.17** עמוד 1 מתוך 10

|                                                  |  |                                       |
|--------------------------------------------------|--|---------------------------------------|
| חותמת קבלה<br>לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) |  | מס' זהות / דרכון<br>סוג המסמך<br>דפים |
|--------------------------------------------------|--|---------------------------------------|

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> תאונה בעבודה<br><input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט | <input type="checkbox"/> שכיר<br><input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> מתנדב<br><input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית<br><input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>פרטי החובע</b><br>שם משפחה: <b>מאלי</b><br>שם פרטי: <b>ינהק</b><br>מספר אישי בצ"ל: <b>1143197</b><br>תאריך לידה: <b>14091983</b><br>מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): <b>038774097</b><br>תאריך עלייה: <b>14091983</b><br>מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור<br>כחובת (הרשומה במשרד הפנים)<br>רחוב / תא דואר: <b>רחוב 131</b><br>מס' בית: <b>22</b><br>כניסה: <b>6</b><br>דירה: <b>דאון 131</b><br>יישוב: <b>דואר אלקטרוני: @</b><br>מיקוד: <b>דואר אלקטרוני: @</b><br>טלפון קווי: <b>טלפון נייד</b> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:**

|                                                                            |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| שם משפחה איש קשר<br>שם פרטי איש קשר<br>מס' זהות איש קשר<br>שם פרטי איש קשר | שם פרטי איש קשר<br>שם פרטי איש קשר<br>מס' זהות איש קשר<br>שם פרטי 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 מהכתובת הרשומה למעלה)**

|                |         |       |      |       |       |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | 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 | טלפון קווי |
| רחוב/ תא דואר  | מיקוד                    | טלפון נייד |
| מספר בית       | ישוב                     | מס' 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 | טלפון קווי |
| רחוב/ תא דואר | מיקוד      | טלפון נייד |
| מספר בית      | ישוב       |            |

2א'

**פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון**

|                                           |            |
|-------------------------------------------|------------|
| מקום השירות                               | טלפון קווי |
| <input type="checkbox"/> צה"ל             | טלפון נייד |
| <input type="checkbox"/> שב"ס             | מס' פקס    |
| <input checked="" type="checkbox"/> משטרה |            |
| <input type="checkbox"/> משמר הכנסת       |            |
| <input type="checkbox"/> משא"ז            |            |
| <input type="checkbox"/> אחר              |            |
| רחוב/ תא דואר                             | מיקוד      |
| מספר בית                                  | ישוב       |

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום שירות קבע \_\_\_\_\_  
 האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☒ לא  
 אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן , פרט:

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

**פרטי הטיפול הרפואי** (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

ב/211 (12.2019)

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן,

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: ד"ר איטל פריימן

6

פרטים על תאונת דרכים

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>מספר התיק במשטרה</p>      | <p>טיפול בתאונה<br/>תחנות משטרה ב-</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?<br/><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,<br/>(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)</p>                                                                                                                                                                                                |
| <p>מספר רישוי</p>            | <p>האם נפגעת בהיתך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)<br/><input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע<br/><input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____<br/>*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.</p> | <p>סוג הרכב המעורב בתאונה:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>מספר רישוי</p>            | <p><input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)<br/><input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר _____</p>                                                                                                                                                                                                                     | <p>הרכב בבעלות:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>מספר רישוי</p>            | <p>במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>פרטי הנהג</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>מספר זהות / דרכון ס"ב</p> | <p>שם ומשפחה</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>5</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>מספר זהות / דרכון ס"ב</p> | <p>שם ומשפחה</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>6</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>מספר זהות / דרכון ס"ב</p> | <p>שם ומשפחה</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>7</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>מס' פוליסה</p>            | <p>שם חברת הביטוח</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?<br/><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח<br/>האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל<br/>כתובתו _____<br/>טלפון _____ פקס _____<br/>דואר אלקטרוני _____<br/>מס' תיק אזרחי _____</p> |

## 7 פרטים על תאונה בנזיקין

### סוג התאונה בנזיקין

☐ 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

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

## 8 פירוט העיסוקים

### לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת \_\_\_\_\_ \* נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה \_\_\_\_\_

☐ 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 |       |          |
|----------|-------|----------|--------|-------|----------|
| 26       | 11    | 2017     | 16     | 11    | 2017     |
| יום      | חודש  | שנה      | יום    | חודש  | שנה      |
| עד שעה   | משעה  | עד תאריך | עד שעה | משעה  | עד תאריך |
| _____    | _____ | _____    | _____  | _____ | _____    |
| יום      | חודש  | שנה      | יום    | חודש  | שנה      |
| עד שעה   | משעה  | עד תאריך | עד שעה | משעה  | עד תאריך |
| _____    | _____ | _____    | _____  | _____ | _____    |
| יום      | חודש  | שנה      | יום    | חודש  | שנה      |

☐ שהיתי  
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

**9**

**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** \_\_\_\_\_

**10**

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

| שם הבנק | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|---------|-------------------|----------|------------|
| אגרון   | אגרון             | 130      | 1905459    |
| מזכ"ל   | מזכ"ל             |          |            |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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/ואו 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.

תאריך 20/04/2018 חתימת מקבל התשלום **x** \_\_\_\_\_

**11**

**פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה**

☐ עיוול/נכה 100% ☐ פטור חלקי \*

נא ציין את מספר תעודת זהות 038224097 ותאריך הפגיעה 15/11/14 עמוד 8 מתוך 9

**15 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)

**16 הצהרת המעסיק**

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

סימנה סימנה תאריך 15.11.14 חתימה חתימה

תפקיד החותם מנהל שם החותם חתימה

**17 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)

**קיבוצי:**

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

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

☒ חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא צײַן את מספר תעודת זהות\_

**פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל**

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

**שעת הפגיעה**

Revised

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 בו: \_\_\_\_\_

באם נרצו עובדים מספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם \_\_\_\_\_ ת.י. \_\_\_\_\_

2. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

## תפקידו

שם העובד שנתן לתובע את  
ההוראה לצאת

מטרת יציאתו מחוץ למפעל

תפקיד הנפגע במפעל

## שעת החזרה הצפויה

## שעת היציאה

☐ פגיעה בדרך לעבודה? ☐ איזו משמרת? ☐ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? ☐ באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה?

**פגיעה בדרך הביתה** 

האם ס"ם בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא,

הסיבה לציאה המוקדמת:

הכתובת שבה עבד לפני הציאה לביתו:

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

מספר ימי העבודה היקף המשרה ב- % ☐ חודשי ☐ יומי ☐ ארעי ☐ קבוע ☐ מעמד העובד: תאריך תחילת עבודה:

**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, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים

## שקדמו להפסקת העבודה

תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר

שם התשלום: **לתקופה** **סכום** **בחטו**

שכר ברוטו הח"ב בדמי  
ביטוח לתודש זה בש"ח

**העמוד הראשון**

מס' הימים  
עבורם שולם

החודש, כלל חודש  
הפסקת העבודה

שד

שד

שתי

שדך

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_

☐ 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.

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בודעין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחול שינויים בפרטי ההתקשורת, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכן פרטי ההתקשורת, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע x

תאריך 30/04/2020

פרטי מגיש התביעה שאיום הנפגע

|            |            |                  |            |
|------------|------------|------------------|------------|
| שם פרטי    | שם משפחה   | מספר זהות<br>ס"ב | קרבה לתובע |
|            |            |                  |            |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני:   |            |
|            |            | @                |            |

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה

|                  |
|------------------|
| מספר זהות<br>ס"ב |
|                  |

עמוד 10 מתוך 10

15.11.17

ותאריך הפגיעה

03774097

נא ציין את מספר תעודת זהות

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        |
| 15/11/2017                                                                                                                                                           | 03774097        | 60              |
| שנה חודש יום                                                                                                                                                         |                 |                 |
| שם פרטי                                                                                                                                                              | שם משפחה        | חבר בקופת חולים |
| ינן                                                                                                                                                                  | נלכי            |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input 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 אודותי.

תאריך 30/06/2020 חתימת המבוטח x



## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 07/06/2020 17:56  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER. # : E75410F8N771041

|               |             |
|---------------|-------------|
| DATE, TIME    | 07/06 17:39 |
| FAX NO. /NAME | 9426797     |
| DURATION      | 00:16:00    |
| PAGE(S)       | 53          |
| RESULT        | OK          |
| MODE          | STANDARD    |

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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.

19.5.20

לכבוד  
 המוסד לביטוח לאומי  
 סניף ראשון לציון  
באמצעות פקס: 03-9426797

א.ג.נ.,

הנדון: יצחק מלכי, ת.ז. 038774097  
 תאונה מיום 18.10.19

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודת.  
 \*מצ"ב יפני כת וטופס וסי"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 2

| תאריך קבלת הטופס בקופה |      |     |
|------------------------|------|-----|
| שנה                    | חודש | יום |
|                        |      |     |

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגע עבודה



בקשה למתן טיפול פואי להפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא ע"ן בדברי ההסבר שבעמוד 2 לזני מתן הטופס לעובד  
"טופס זה אינו מש מש תבי"ה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש  
למלא טופס בל/211 הקיים כאתר האינטרנט."

|                              |  |                 |  |            |  |
|------------------------------|--|-----------------|--|------------|--|
| שם המעסיק/המפעל/הקבוץ/המעביד |  | מספר זיק ניכיים |  | טלפון קווי |  |
| רחוב / תא דואר               |  | מיקוד           |  | טלפון פקס  |  |
| מ"ס בית                      |  | ישוב            |  |            |  |

לכבוד קופת חולים / בית חולים \_\_\_\_\_ נא לח. יש עמרה רפואית ל: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר \_\_\_\_\_

|                 |  |            |  |                                                                       |  |
|-----------------|--|------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| שם משפחה        |  | שם פרטי    |  | מספר זהות / דרכון                                                     |  |
| מספר תעודת זהות |  | מין        |  | זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |  |
| רחוב / תא דואר  |  | מס' ג' ז   |  | מספר זיק ניכיים                                                       |  |
| טלפון קווי      |  | טלפון נייד |  | מיקוד                                                                 |  |

☐ אני מסרב לקבל חודשת חו וללית מיד: אישי, בירוקים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

|                   |  |                   |  |                   |  |                   |  |
|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|
| נפגע בתאריך       |  | שנה               |  | חודש              |  | יום               |  |
| כאשר עבד ב        |  | כאשר עבד ב        |  | כאשר עבד ב        |  | כאשר עבד ב        |  |
| מקום התאונה       |  | מסלול             |  | מסלול             |  | מסלול             |  |
| כתובת מקום התאונה |  | כתובת מקום התאונה |  | כתובת מקום התאונה |  | כתובת מקום התאונה |  |
| תיאור התאונה      |  | תיאור התאונה      |  | תיאור התאונה      |  | תיאור התאונה      |  |

הא"כר שנפגע \_\_\_\_\_ שם המאשר וחפידו \_\_\_\_\_

|                            |  |                            |  |                            |  |
|----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|
| למילוי ע"י המוסד הרפואי    |  | הנפגע חבר בקופת חולים      |  | הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  |
| הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  | הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  | הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  |
| הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  | הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  | הנפגע אינו חבר בקופת חולים |  |

טו"ס זה מבטח בלישן זכר אך פוטו: לנשים ולגברים כאחד

בל/250 (2019)





01143197

U038774097

תלמי

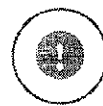
יצחק



כשירות השוטר



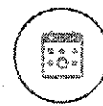
הצהרת בריאות



הגבלות



ימי היעדרות



זימונים

ימי היעדרות של השוטר שאושרו על ידי הרופא:

| ת.הת...    | תנאים...   | סה"כ ימי... | ש.התחלה... | ש.סיום... | סה"כ ש... | ת.פציעה    | ש.פציעה  | קוד הכ... | תיאור...      |
|------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|---------------|
| 23.06.2019 | 24.06.2019 | 2           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 20.06.2019 | 20.06.2019 | 1           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 28.04.2019 | 28.04.2019 | 1           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 21.04.2019 | 25.04.2019 | 5           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 14.04.2019 | 18.04.2019 | 5           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 07.04.2019 | 09.04.2019 | 3           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 03.04.2019 | 04.04.2019 | 2           |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 16.11.2017 | 25.11.2017 | 10          |            |           |           | 15.11.2017 | 13:00:16 | 4         | פציעה בתפקי ד |
| 16.08.2017 | 16.08.2017 | 1           |            |           |           |            |          | 6         | מחלה רגילה    |
| 16.02.2017 | 16.02.2017 | 1           |            |           |           |            |          | 6         | מחלה רגילה    |



01143197

U038774097

מלכי

יצחק



כשירות השוטר



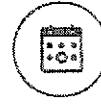
הצהרת בריאות



הגבלות



ימי העדרות



זימונים

הגבלות של השוטר שאושרו על ידי הרופא:

| ש.פציעה | תאריך פציעה | תיאור הכרה      | ת.סיום     | ת.התחלה    | תיאור הגבלה...                        | קוד הגבלה... |
|---------|-------------|-----------------|------------|------------|---------------------------------------|--------------|
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 19.05.2020 | 19.02.2020 | משוחרר<br>ממאמץ ידיים                 | 29           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 10.07.2019 | 02.06.2019 | משוחרר<br>מפעילות<br>גופנית<br>מאומצת | 51           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 10.07.2019 | 02.06.2019 | פטור מפעילות<br>מבצעית                | 33           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 05.06.2019 | 04.06.2019 | איסור נשיאת<br>נשק                    | 38           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 03.06.2019 | 02.06.2019 | מוגבל לעבודה<br>בתנאי חדר             | 16           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 31.05.2019 | 28.04.2019 | מוגבל לעבודה<br>בתנאי חדר             | 16           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 31.05.2019 | 28.04.2019 | פטור מפעילות<br>מבצעית                | 33           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 31.05.2019 | 28.04.2019 | משוחרר<br>מפעילות<br>גופנית<br>מאומצת | 51           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 31.05.2019 | 28.04.2019 | משוחרר<br>ממאמץ ידיים                 | 29           |
|         | 15.11.2017  | פציעה<br>בתפקיד | 31.05.2019 | 28.04.2019 | מוגבל לעבודה<br>של 6 שעות<br>בלבד     | 5            |

שירותי בריאות כללית

מחוז : מרכז  
מרפאה: 5200 ירושלים

ירושלים 21 ראשון לציון 03-9599300  
תאריך: 09/01/18  
שעה: 09:06

תאריך מקור : 01/18  
שעת מקור : 09:03  
העתק -

**אי שור: 1/01502487**  
=====

מספר תיק: 9906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0003877409 מלכי יצחק

| קוד                | תאור שירות                                                                                                                          | תאריך ביקור | לתשלום |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| 2                  | אמבולטורי בית-חולים<br>בי"ח: 222-אסף הרופא / 46340-תהודה מגנטית (M.R.I)<br>שירות: MRI 78555 מפרקי הגף העליון, לנבדק ל קבוצה: MRI 25 | 09/01/18    | 33.00  |
| סה"כ לטופס : 33.00 |                                                                                                                                     |             |        |

חשבונוך בבנק יחויב בסך של:

33.00

קופאי: 51307 8- חבושה קנקזיל דורית

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים  
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה  
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה  
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

**נא לשמור על האישור  
להתחשבנות עתידית**

חותמת וחתומת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

מרשם

גיל: 34.03 מין: ז

מלכי יצחק  
ביקור עקב תאונת עבודה

שדותי בריאות כללית

קבלה 05312358

09:34 29/12/17

פינסטר/מרכז

מס' תיק 589906114  
מס' פרק: 89588-01110  
מס' פרק: 402291

מס' פרק: 589906114

מס' פרק: 402291

17.00

1\*DIPROSPAN 2CC AMP

17.00

סה"כ מכני יצחק 3877409

17.00

\* סה"כ כתומה:

סיכום ל-1 פרימים

סה"כ: 17.00

כתומה 17.00

17.00

ישראל

מס' רישיון



024373

טלפון: 03-9681888

כתובת: רח' יהודה לייב 31 ראשל"צ

חתימה נחותמת הרופא:

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

תחום: רופא אורתופד

בידיעתך, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

שירותי בריאות כללית

מחוז : דן פתח-תקוה  
מרפאה: 1117 מכון פזיו ז'בוטינסקי

תאריך: 10/12/17  
שעה : 13:49

-מקור-

קבלה : 00054156  
=====

מספר תיק: 9906114

עבור : 9 גביה עבור שירותים רפואיים

לכבוד: 0003877409 מלכי יצחק

פירוט תקבולים: שירותים רפואיים

| קוד תאור       | תאריך ביקור | לתשלום |
|----------------|-------------|--------|
| 101 פיזיותרפיה | 10/12/17    | 33.00  |
| סה"כ לתשלום:   |             | 33.00  |

|                          |            |       |
|--------------------------|------------|-------|
| פירוט תשלומים באשראי     | מספר כרטיס | שולם  |
| ת.פרעון סוג אשראי        |            |       |
| 10/12/17 יורוקרד/מסטרקרד |            | 33.00 |
| סה"כ שולם באשראי         |            | 33.00 |
| סה"כ שולם:               |            | 33.00 |

קופאי: 8-111700 נעימי ימית

תוקף הקבלה הינו 3 חודשים מתאריך הביקור הראשון לתקופה

נא לשמור על הקבלה  
להתחשבות עתידית

חותמת וחתמת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

תודה ו להתראות

תאריך: 15/11/17

15/11/17



חברת גיל גאגין בע"מ  
בזר 15 ראשון לציון  
טלפון: 0778880250  
ח.פ: 513096792, עדסה מע"מ מס 557-206695

מחיר  
חשב' מס מבזה 6692173

| שם            | מחיר | כמות   | מחשור                 |
|---------------|------|--------|-----------------------|
| 7290008092197 |      |        |                       |
| 59.39         | 1.   | 59.39  | PERSKINDOL ACTIVE     |
| -14.49        | 1.   | -14.49 | * קופון פרסונל -14.49 |
| 7290109314877 |      |        |                       |
| 48.90         | 1.   | 48.90  | N-KEEV GEL 2X50G      |
| <hr/>         |      |        |                       |
| 93.80         |      |        | מחשור                 |
| 93.80         |      |        | כרטיס אשראי           |
| 0.00          |      |        | סה"כ עודף             |
| 80.17         |      |        | חייבים במע"מ          |
| 13.63         |      |        | מע"מ 17.00 %          |

סניף: 25 קופה: 7  
קופאי: 23005 מאזח טעיד  
25/11/2017 20:54:30  
הודפס ב: 25/11/2017 20:54:30  
בזכיה זר חסכת 14.49  
#####  
תודה שקבית בסופר-פארם.  
שם מסוף מסוף סופר-פארם ראשון צפון  
Ashrait 96 2620680  
מספר עסק 729251  
תאריך: 25/11/2017 20:54  
תאריך הדפסה: 25/11/2017 20:54

י רר וקוד/מסטרקוד

מספר כרטיס 2456  
בתוקף עד 05/18  
מספר שובר 99007087 חשבונית 6692173  
סוג עסקה עיסוק חובה מאושרת 2830351  
אופן ביצוע רגיל  
מחבר שג ישראלי  
סניף: 25 קופה: 7  
קופאי: 23005 מאזח טעיד  
סכום 93.80  
אשראי אשראי רגיל

# שרותי בריאות כללית

קבלה 05294666  
פ'נסק/מרכז 16:32 16/11/17

מס' חיק 589906114 ניפוק: 89112-0808  
מנפק: פבלוב סבאלנה 425448 -

מקור 14 ARCOXIA 90MG (M) 41.17 35.00%

סוג מכבי יצחק 3877409 41.17

סיכום ל-1 פריטים  
סה"כ לפני הנחה: 83.34  
כלקות מושלם-בקניה זו חסכת: -22.16  
הנחה נוספת: -0.01

סה"כ אחרי הנחה: 41.17  
לתשלום 41.17

41.17

ישראל

שירותי בריאות כללית

מרכז  
2061 פינסקר

תאריך: 16/11/17  
שעה: 16:23

-מקור-

אישור: 1/05294659  
=====

מספר תיק: 89906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0003877409 מלכי יצחק

| פירוט גביה:                                               | תאריך ביקור | לתשלום |
|-----------------------------------------------------------|-------------|--------|
| קוד תאור שירות                                            | 16/11/17    | 33.00  |
| 2 אמבולטורי מכון פרטי                                     |             |        |
| מכון: 5100-מור-מכון למידע רפואי בע"מ                      |             |        |
| שירות: US 78003 בדיקה על קולית, עם תיעוד ת קבוצה: 7 הדמיה |             |        |
| סה"כ לטופס :                                              |             | 33.00  |

33.00

חשבונוך בבנק יחויב בסך של:

קופאי: 8-778151 ענבר עדי

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים  
מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה  
ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה  
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור  
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה מוצא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

תודה ו לה תראות

שרותי בריאות כללית

קבלה 05304353

12:09 08/12/17

פיננסר/מרכז

מס' ח"ק 589906114  
מס' פק: 89292-0403  
מס' סבטלנה 425448

מקור

34.00 40 XEFO 8MG (N) TAB

34.00 3877409 יצחק מלבי

סיכום ל-1 פריטים

סה"כ: 34.00

לתשלום 34.00

34.00

ישראל

שירותי בריאות כללית

מחוז : מרכז  
מרפאה: 5200 ירושלים  
ירושלים 21 ראשון לציון 03-9599300  
תאריך: 29/04/19  
שעה : 07:47

-מקור-

אישור: 1/01603524

=====

מספר תיק: 89906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס ההתייבות

לכבוד: 0003877409 מלכי יצחק

| פירוט גביה: | קוד | תאור שירות | תאריך ביקור | לתשלום |
|-------------|-----|------------|-------------|--------|
|-------------|-----|------------|-------------|--------|

|   |                     |                                         |          |       |
|---|---------------------|-----------------------------------------|----------|-------|
| 2 | אמבולטורי מכון פרטי | מכון: 7802-מור מאר                      | 29/04/19 | 35.00 |
|   | שירות: MRI 78555    | מפרקי הגף העליון, לנבדק ל קבוצה: 25 MRI |          |       |

סה"כ לטופס : 35.00

=====

35.00

חשבונוך בבנק יחויב בסך של:

קופאי: 8-551375 אמורבן ינין

לשירותים החייבים בגביה רבעונית, תוקף הקבלה 3 חודשים  
מתאריך ההתייבות הראשון לתקופה  
ככל שטופס ההתייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה  
לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור  
להתחשבות עת יחזיר  
לשירותי בריאות כללית  
מחוז מרכז  
מרפאה ירושלים  
21 ראשון לציון  
03-9599300 פקס: 03-9599310

שם המשלם (פרטי ומשפחה) חתמת וחתומת הקופאי

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

שירותי בריאות כללית

מחוז : מרכז

מרפאה: 5200 ירושלים

ירושלים 21 ראשון לציון 03-9599300

תאריך: 08/05/19

שעה : 09:32

-מקור-

אישור: 1/01605844

=====

מספר תיק: 39906114

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0003877409 מלכי יצחק

פירוט גביה:

קוד תאור שירות

תאריך ביקור

לתשלום

35.00

08/05/19

2 אמבולטורי מכון פרטי

מכון: 7802-מור מאר

שירות: 78138 ארתורגרפיה של הכתף, כולל הזרק קבוצה: 7 הדמיה

סה"כ לטופס : 35.00

=====

35.00

חשבונוך בבנק יחויב בסך של:

קופאי: 8-807353 מגוס איילה

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים

מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה

לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור  
להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימולא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה.

ת ו ד ה ו ל ה ת ר א ו ת

## דר רם ירון

מומחה לכירורגיה אורתופדית פציעות כתף  
וספורט

לכבוד:  
מלכי יצחק

עוסק מורשה (ח.פ.): 514616101  
הברזל 10 בנין העוגן ק 6 חדר 101 רמת  
החייל, תל אביב  
טלפון 0542144455

## חשבונית מס / קבלה 9110

מקור

09/01/2019

38774097

| סה"כ     | מחיר        | פירוט             | כמות |
|----------|-------------|-------------------|------|
| 128.21 ₪ | 128.2051 ₪  | יעוץ ארטופד מומחה | 1    |
| 128.21 ₪ | סה"כ        |                   |      |
| 21.79 ₪  | מע"מ 17%    |                   |      |
| 150.00 ₪ | סה"כ לתשלום |                   |      |

פרטי תשלומים

| סכום     | תאריך      | פירוט | אמצעי תשלום |
|----------|------------|-------|-------------|
| 150.00 ₪ | 09/01/2019 |       | מזומן       |
| 150.00 ₪ | סה"כ       |       |             |

דר. רם ירון  
מחיר שירותי רפואה "מ"  
ח.פ. 514616101

דר רם ירון  
מומחה לכירורגיה אורתופדית פציעות כתף  
וספורט

לכבוד:  
מלכי יצחק

עוסק מורשה (ח.פ.): 514616101  
הברזל 10 בנין העוגן ק 6 חדר 101 רמת  
החייל, תל אביב - יפו  
טלפון 0542144455

ד"ר ירון  
ברזל 10 חכ אביב  
טלפון 054-2144455  
ח.פ. 514616101  
ד"ר ירון  
מס' 6733330 69-501-LIP  
מספר עסק 6220867  
שעה 10:54 תאריך 24/04/19  
כרטיס יורוקרד אקסטרה  
מס' 2456  
שובר 78001005

חיוב  
אופן ביצוע: רגיל  
סוג האשראי: רגיל

=====  
סה"כ 150.00  
=====

תודה ובהתראות

## חשבונית מס / קבלה 9572

38774097

| מחיר        | סה"כ     |
|-------------|----------|
| 128.2051 ₪  | 128.21 ₪ |
| סה"כ        | 128.21 ₪ |
| מע"מ 17%    | 21.79 ₪  |
| סה"כ לתשלום | 150.00 ₪ |

| כמות | פירוט              |
|------|--------------------|
| 1    | יעוץ אורטופד מומחה |

### פרטי תשלומים

| תאריך      | סכום     |
|------------|----------|
| 24/04/2019 | 150.00 ₪ |
| סה"כ       | 150.00 ₪ |

| אמצעי תשלום | פירוט |
|-------------|-------|
| כרטיס אשראי | רגיל  |

ד"ר רם ירון  
מתן שרותי רפואה בע"מ  
ח.פ. 514616101

מסמך ממוחשב DIGITALLY SIGNED  
הופק באמצעות חשבונית ירוקה