

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.

5.2.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף פתח תקוה
באמצעות פקס

א.ג.נ.,

הנדון: קובי גלבמן, ת.ז. 055710800
תאונה מיום 12.7.22

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונה כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף תיעוד רפואי.
2. אודה לעיונכם ולאישור תביעת מרשי.
3. מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>קוד</u>	<u>055710900</u>
חוקר	מס'	עיר	מיקוד
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
שם האב	שם האב	שם האב	שם האב
טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

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 הבריאות 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: לכ"ר סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 1.2.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: _____ X

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, ד"ר אלכס, מס' 0557105, מרחוב מ"א/ר, 17, תל אביב,
ת.ז. מס' 12.7.22, להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או בענין תאונת דרכים מיום 12.7.22
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 1 לחודש 2 שנה 23
חתימה: X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינברג

מס' רשיון: 62254

עורך דין

עמוד 1 מתוך 8

055710800 נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש									
פנימי									
בלבד									
(סריקה)									
מס' זהות / דרכון					סוג				
01					דפים				

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

1 פרטי התובע

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת בקצוע, פרט

☐ שכיר ☒ עצמאי ☐ מתנדב

☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

שם משפחה: אברם שם פרטי: קובי

טלפון קווי: טלפון מיד: 0502657878

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעבוד זר): 055710800

דואר אלקטרוני: 59kobi@gmail.com

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

שם משפחה א ש קשר שם פרטי א ש קשר מס' זהות א ש קשר

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כלוחות הבטיחות אנא מלא טעף 2א

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: תפקיד התובע במקום העבודה:

רחוב / תא דואר: מס' בית: כניסה: דירה: יישוב: מיקוד:

טלפון קווי: טלפון נייד: מספר פקס:

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שגויה ביצועת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק: סוג העיסוק:

רחוב / תא דואר: מס' בית: כניסה: דירה: יישוב: מיקוד:

טלפון קווי: טלפון נייד: טלפון פקס:

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

2א

מקום השירות:

☐ צה"ל

☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס

☐ משא"ז

☐ משטרה

☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

פרטי הפגיעה

3

תאריך הפגיעה

12/07/2022
שנה חודש יום

היום בשבוע

elf

שעת הפגיעה

10:00-11:00

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט כיצד נהיגת סחרי
אזל המלחיים החזקת סכר על גולת ראשך

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

4 פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מחלות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
י' ל-ט'	77	
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה יחדש יום שעה		

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ כן ☐ לא

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
	737	שבה טופלתי או אני מטופל	

5 סיוע 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

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין יפ"י כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "יפ"י כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
ד"ר סמית' רחל	הא 7, ר"ג	03-7412354

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

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

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובתו מס' טלפון

מס' פקס דואר אלקטרוני

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

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' זניק אזרחי

7

לפני הפגישה

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

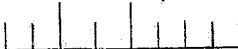
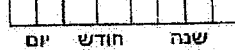
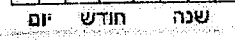
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים _____

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשל שנת החודשים הנ"ל

לאחר הפגעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך  שנה חודש יום		מתאריך  שנה חודש יום		תוצאה מהפגיעה	
עד שעה  משעה  שנה חודש יום		עד תאריך  שנה חודש יום		מתאריך  שנה חודש יום	
עד שעה  משעה  שנה חודש יום		עד ותאריך  שנה חודש יום		מתאריך  שנה חודש יום	

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

מסערה ☐ עד שעה _____

☐ עבודה במשכרות

8

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

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

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

ה'יכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה *

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

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

10 פטור מהס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ע"י הפגיעה

☐ עיור/ בכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרות התובע/מגיש התביעה

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

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברר על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב על כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיותה של מושגי 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 הודיע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות העתקים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך: 1.2.23 חתימת התובע

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

קרבה לתובע

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסתופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה, ת.ז.

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - יאלא התובע)

1 פרטים כל פגיעה מחוץ למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
מקום הפגיעה: _____

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מוסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מוסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

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

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה מוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את ניבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקללו בשרו	שם התשלום
חודש _____	יומי ☐ חודשי ☐	☐			
חודש _____	יומי ☐ חודשי ☐	☐			
חודש _____	יומי ☐ חודשי ☐	☐			
חודש _____	יומי ☐ חודשי ☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שיפיים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך 6.2.22 תפקיד החותם _____ שם החותם חיי אלה חתימה וחותמת * _____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 במסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

קוד גמלה 60

מספר זהות/דרכון 055710400

תאריך הפגיעה שנה 12 חודש 07 יום 22

שם פרטי קורי

שם משפחה סלמן

חבר בקופת חולים

כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 2.2.23

חתימת המבוטח *

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה גלבמן	שם פרטי קובי	שם האב נתן	מס' זיהוי 55710800	שכיר/עצמאי עצמאי
ישוב ראש העין	רחוב חוגלה	מס' 18	מיקוד 4855151	שנת לידה 1959
חבר (כל) כ	שם המעביד וכתובתו שם המעביד וכתובתו			
מקצוע נהג		טלפון 0502657878		
ת. פגיעה 12/07/2022		שעה 10:00		
התעסקות בשעת הפגיעה עגלה של משטחים הפילה אותי על היד		נמצא בטיפול מיום 11/08/2022		
האיבר שנפגע יד שמאל		שם הרופא המטפל אסף דקל		

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

בביקור בתאריך 12/07/2022 בשעה 20:10:15
נפל הבוקר, חבלה לכף יד שמאל
RHD

רגישות רדיוס מרוחק, נפחות שרש יד ואצבעות
צילום - שבר DR ללא תזוזה (פענוח-ארש)
קיבוע סד גבס ל 2-3 שבועו
יד מורמת יומיים
משככי כאב
מעקב אורטופד בקהילה

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48
שבועיים לאחר החבלה
מעקב

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48
רגישות DISTAL RADIUS
ASB ללא רגישות

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28
צילום עמדה טובה
הועבר למקבע

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת



031981

קוד הפניה: 284787288

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 55710800

שם פרטי: קובי

שם משפחה: גלבמן

טל.עבודה/נייד: 0502657878

039382958

טלפון:

מין: ז

09/03/1959

ת.לידה:



מיקוד 4855151

חולצה 18/7, ראש העין

כתובת:

0055710800

מכון פיזיותרפיהתלונות: בביקור בתאריך 12/07/2022 בשעה 20:10:15
נפל הבוקר, חבלה, לכף יד שמאל

RHD

רגישות רדיוס מרוחק, נפחות שרש יד ואצבעות

צילום - שבר DR ללא תזוזה (פענוח-ארש)

קיבוע סד גבס ל 2-3 שבועות

יד מורמת יומיים

משככי כאב

מעקב אורטופד בקהילה

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48

שבועיים לאחר החבלה

מעקב

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48

רגישות DISTAL RADIUS

ללא רגישות ASB

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

צילום עמדה טובה

הועבר למקבע

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

אבחנה:

• PROSTATISM (08/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: 12/11/2018 - no

17/01/2019 - no

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך 11/08/2022 עד תאריך 07/02/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

11/08/2022

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה 3555*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.

ד"ר דקל אסף

מומחה כירורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 31981

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

טלפון: 050-6267970

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה גלבמן	שם פרטי קובי	שם האב נתן	מס' זיהוי 55710800	שכיר כן
ישוב ראש העין	רחוב חוגלה	מס' 18	מיקוד 4855151	שנת לידה 1959
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0502657878		
טלפון 039382958				

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48
רגישות DISTAL RADIUS
ללא רגישות ASB

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28
צילום עמדה טובה
הועבר למקבע

בביקור בתאריך 04/09/2022 בשעה 16:20:37

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 12/07/2022

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 14 ימים, היינו מיום: 01/09/2022

עד יום: 14/09/2022 (בכלל).

04/09/2022

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

ד"ר דקל
אורתופד כירורג
מ.ר. 31981 מ.ר.מ. 25462
השרות רפואי רמת"ש

ד"ר דקל אסף

מומחה כיורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 31981

כתובת: הצח 3, רמת השרון

טלפון: 050-6267970

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה גלבמן	שם פרטי קובי	שם האב נתן	מס' זיהוי 55710800	שכיר כן
ישוב ראש העין	רחוב חוגלה	מס' 18	מיקוד 4855151	שנת לידה 1959
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0502657878		
טלפון 039382958				

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48
רגישות DISTAL RADIUS
ללא רגישות ASB

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28
צילום עמדה טובה
הועבר למקבע

בביקור בתאריך 04/09/2022 בשעה 16:20:37

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 12/07/2022

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 14 ימים, היינו מיום: 01/09/2022

עד יום: 14/09/2022 (בכלל).

04/09/2022

תאריך הבדיקה

המטפל: ד"ר דקל אסף
מס' רשיון: 31981
מס' תעודת זהות: 25462
חתימה וחתימת הרופא



031981



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 307207766

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 55710800

שם פרטי: קובי

שם משפחה: גלבמן

טל.עבודה/נייד: 0502657878

039382958

טלפון:

מין: ז

09/03/1959

ת.לידה:



0055710800

מיקוד 4855151

חוללה 18/7, ראש העין

כתובת:

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה - יד

תחום שירות:

סוג הייעוץ: רגיל

מרפאה: מומחה כף יד

תלונות: בביקור בתאריך 12/07/2022 בשעה 20:10:15

נפל הבוקר, חבלה לכף יד שמאל
RHD

רגישות רדיוס מרוחק, נפיחות שרש יד ואצבעות

צילום - שבר DR ללא תזוזה (פענוח- ארש)

קיבוע סד גבס ל 2-3 שבועו

יד מורמת יומיים

משככי כאב

מעקב אורטופד בקהילה

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48

שבועיים לאחר החבלה

מעקב

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

בביקור בתאריך 04/09/2022 בשעה 16:20:37

בביקור בתאריך 16/01/2023 בשעה 19:09:43

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48

רגישות DISTAL RADIUS

ללא רגישות ASB

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

צילום עמדה טובה

הועבר למקבע

בביקור בתאריך 04/09/2022 בשעה 16:20:37

בביקור בתאריך 16/01/2023 בשעה 19:09:43

כאב והגבלה ביד שמאל

הוסבר על תרגילי שיקום

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

מעשנת: לא

• PROSTATISM (08/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: 12/11/2018 - no

תאריך: 16/01/2023

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



031981



קוד הפניה: 307207766

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 55710800

שם פרטי: קובי

שם משפחה: גלבמן

טל.עבודה/נייד: 0502657878

039382958

טלפון:

מין: ז

09/03/1959

ת.לידה:



מיקוד 4855151

חולגה 18/7, ראש העין

כתובת:

0055710800

התייעצות מומחה

no - 17/01/2019

מטרת ההפניה: ייעוץ

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

16/01/2023

חתימה וחותמת הרופא

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

תאריך

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

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/01/2023 עד תאריך - 15/07/2023

פרטי רופא

מס ביקור



000228459725

שם רופא: ד"ר דקל אסף

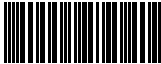
מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

פרטי מטופל

ת"ז



0055710800

שם מטופל: גלבמן קובי

ת"ז: 55710800

גיל: 63 שנים ו-10 חודשים

טלפון: 0502657878, 039382958

מין: ז

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 16/01/2023 (דף זה אינו מרשם)

שם התרופה	אופן השימוש הנחיות	משך הטיפול	בוקר	צהריים	ערב	לפני השינה	בתוקף לרכישה	מידע מנהלי
gel diclofenac 23.2 mg * VOLTAREN FORTE GE	למריחה 1 פעם ביום לפי הצורך	2 ימים					16/01/2023-06/02/2023	- כמות לניפוק: 1 יחידות
tab. paracetamol 325 mg tramadol hcl 37.5 mg * ZALDIAR	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום	10 ימים	1 טבליה		1 טבליה		16/01/2023-06/02/2023	- כמות לניפוק: TAB 20 ** השתתפות עצמית: 15 %

* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם הרופא ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נייר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



031981



התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 307207647

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 55710800

שם פרטי: קובי

שם משפחה: גלבמן

טל.עבודה/נייד: 0502657878

039382958

טלפון:

מין: ז

09/03/1959

ת.לידה:



0055710800

מיקוד 4855151

חוגלה 18/7, ראש העין

כתובת:

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 12/07/2022 בשעה 20:10:15

נפל הבוקר, חבלה לכף יד שמאל

RHD

רגישות רדיוס מרוחק, נפיחות שרש יד ואצבעות

צילום - שבר DR ללא תזוזה (פענוח-ארש)

קיבוע סד גבס ל 2-3 שבועו

יד מורמת יומיים

משככי כאב

מעקב אורטופד בקהילה

בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48

שבועיים לאחר החבלה

מעקב

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

בביקור בתאריך 04/09/2022 בשעה 16:20:37

בביקור בתאריך 16/01/2023 בשעה 19:09:43

ממצאים: בביקור בתאריך 28/07/2022 בשעה 18:19:48

רגישות DISTAL RADIUS

ללא רגישות ASB

בביקור בתאריך 11/08/2022 בשעה 18:00:28

צילום עמדה טובה

הועבר למקבע

בביקור בתאריך 04/09/2022 בשעה 16:20:37

בביקור בתאריך 16/01/2023 בשעה 19:09:43

כאב והגבלה ביד שמאל

הוסבר על תרגילי שיקום

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

אבחנה:

• PROSTATISM (08/2020)

בעיות ידועות:

רגישויות: 12/11/2018 - no

17/01/2019 - no

מעשנת: לא

סיבת ההפניה: טיפול

מ.ר גורם מפנה



031981



קוד הפניה: 307207647

טלפון: 050-6267970

פקס: 076-8893162

כתובת: הנצח 3, רמת השרון

ד"ר דקל אסף

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 55710800

שם פרטי: קובי

שם משפחה: גלבמן

טל.עבודה/נייד: 0502657878

039382958

טלפון:

מין: ז

09/03/1959

ת.לידה:

מיקוד 4855151

חוגלה 18/7, ראש העין

כתובת:



0055710800

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/01/2023 עד תאריך - 15/07/2023

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

16/01/2023

חתימה וחותמת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון -במוקד מכבי ללא הפסקה *3555. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמא- רצפת אגן, ניקוד לימפתי, טיפולי בית) יקבעו במכון הפיזיותרפיה. הטיפול כרוך בתשלום רבעוני, נא להגיע עם כרטיס מגנטי. במידה והינך משלם במזומן יש להסדיר את התשלום במזכירות הסניף טרם הגעה לטיפול.