

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.

3.4.23

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 לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים.
2. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בזימון מרשי לועדה רפואית.


בכבוד רב ובתודה,
אריאל פרייברג, עו"ד



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בכך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ✍ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✍ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך!

- ✍ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימוןך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- ✍ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✍ לשאלות ובירורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✍ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

055710800

נא למלא מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

פרטי התובע

1

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
קובי	גל-הן	055710800
מספר אישי בצה"ל	עיסוק	מין
	שכיר ☐ מתנדב ☒ עצמאי	זכר ☒ נקבה ☐
תאריך לידה	שנה חודש יום	
09031959	09031959	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה
חלפ		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

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

שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר ס"ב

☐ 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

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה	תאריך על הפגיעה
12072022	12072022
שנה חודש יום	שנה חודש יום
12072022	12072022

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה:						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל	☐	טלפון נייד	
שב"ס	☐	מס' פקס	
משטרה	☐		
משמר הכנסת	☐		
משמר אזרחי	☐		
אחר	☐		
רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

4

פרטי הטיפול הרפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☒ לא ☐ כן, פרט _____	
שם בית החולים	תקופת אשפוז
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 מבטח בקופ"ח _____	
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:	
שם הרופא	תחום מומחיות
	כתובת המרפאה

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגין אתה חובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

כאבים ואצילות כתוצאה מרצף של
קושי רחוקה ונשאל
קושי כבד צו תפקודים ירדניים
צורך נשאל שכלי כאבים

רצף

האם סבלת בעבר ממחלה או כאבים באיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל?
☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת, ממת, יש לצרף מסמכים רפואיים:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☒ כן - חזרתי לאותה העבודה ואני עתקל ככ' צו צר

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

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

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום מס' תיק באגף השיקום

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

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

סיוע ויצוג 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 ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר
הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס
בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

טלפון
03-7412357

כתובת

חל 10/10 ד, ר-תא

שם גרם מסייע
ד"ר אריאל רייזר

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי	רח' אלמגור	041	112392

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני 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 מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי 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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ 1.4.23 חתימת מקבל הגמלה ☒ חתימת השותפים לחשבון ☒

11

הצהרה

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה 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 עליי 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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט

תאריך _____ 1.4.23 חתימת התובע ☒

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת 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

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה
12/07/2022
שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

055710800

קוד גמלה

11

שם פרטי

קרי

שם משפחה

זאנ

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת 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.

חתימת המבוטח *

1.7.23

תאריך

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

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, נפיחות 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

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:		שם משפחה: גלבמן		שם פרטי: קובי		ת.ז.: 55710800	
ת.לידה: 09/03/1959		מין: ז		טלפון: 039382958		טל.עבודה/נייד: 0502657878	
כתובת: חוגלה 18/7, ראש העין		מיקוד: 4855151		מיקוד: 4855151			

מכון פיזיותרפיה

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

נפל הבוקר, חבלה לכף יד שמאל
RHD

רגישות רדיוס מרוחק, נפוחות/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

אבחנה:

• FRACTURE RADIUS & ULNA LOWER END CLOSED Left

בעיות ידועות:

• PROSTATISM (08/2020)

רגישויות: 12/11/2018 - no

17/01/2019 - no

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: טיפול

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים

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

תעודה 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

חתימה וחתימת הרופא

ד"ר דקל
אורטופד כירורג
מ.ר. 31981 מ.ר.מ. 25462
בשירות רפואי רמז"ש

25462, 15113, 15112, 15111, 15110, 15109, 15108, 15107, 15106, 15105, 15104, 15103, 15102, 15101, 15100, 15099, 15098, 15097, 15096, 15095, 15094, 15093, 15092, 15091, 15090, 15089, 15088, 15087, 15086, 15085, 15084, 15083, 15082, 15081, 15080, 15079, 15078, 15077, 15076, 15075, 15074, 15073, 15072, 15071, 15070, 15069, 15068, 15067, 15066, 15065, 15064, 15063, 15062, 15061, 15060, 15059, 15058, 15057, 15056, 15055, 15054, 15053, 15052, 15051, 15050, 15049, 15048, 15047, 15046, 15045, 15044, 15043, 15042, 15041, 15040, 15039, 15038, 15037, 15036, 15035, 15034, 15033, 15032, 15031, 15030, 15029, 15028, 15027, 15026, 15025, 15024, 15023, 15022, 15021, 15020, 15019, 15018, 15017, 15016, 15015, 15014, 15013, 15012, 15011, 15010, 15009, 15008, 15007, 15006, 15005, 15004, 15003, 15002, 15001, 15000, 14999, 14998, 14997, 14996, 14995, 14994, 14993, 14992, 14991, 14990, 14989, 14988, 14987, 14986, 14985, 14984, 14983, 14982, 14981, 14980, 14979, 14978, 14977, 14976, 14975, 14974, 14973, 14972, 14971, 14970, 14969, 14968, 14967, 14966, 14965, 14964, 14963, 14962, 14961, 14960, 14959, 14958, 14957, 14956, 14955, 14954, 14953, 14952, 14951, 14950, 14949, 14948, 14947, 14946, 14945, 14944, 14943, 14942, 14941, 14940, 14939, 14938, 14937, 14936, 14935, 14934, 14933, 14932, 14931, 14930, 14929, 14928, 14927, 14926, 14925, 14924, 14923, 14922, 14921, 14920, 14919, 14918, 14917, 14916, 14915, 14914, 14913, 14912, 14911, 14910, 14909, 14908, 14907, 14906, 14905, 14904, 14903, 14902, 14901, 14900, 14899, 14898, 14897, 14896, 14895, 14894, 14893, 14892, 14891, 14890, 14889, 14888, 14887, 14886, 14885, 14884, 14883, 14882, 14881, 14880, 14879, 14878, 14877, 14876, 14875, 14874, 14873, 14872, 14871, 14870, 14869, 14868, 14867, 14866, 14865, 14864, 14863, 14862, 14861, 14860, 14859, 14858, 14857, 14856, 14855, 14854, 14853, 14852, 14851, 14850, 14849, 14848, 14847, 14846, 14845, 14844, 14843, 14842, 14841, 14840, 14839, 14838, 14837, 14836, 14835, 14834, 14833, 14832, 14831, 14830, 14829, 14828, 14827, 14826, 14825, 14824, 14823, 14822, 14821, 14820, 14819, 14818, 14817, 14816, 14815, 14814, 14813, 14812, 14811, 14810, 14809, 14808, 14807, 14806, 14805, 14804, 14803, 14802, 14801, 14800, 14799, 14798, 14797, 14796, 14795, 14794, 14793, 14792, 14791, 14790, 14789, 14788, 14787, 14786, 14785, 14784, 14783, 14782, 14781, 14780, 14779, 14778, 14777, 14776, 14775, 14774, 14773, 14772, 14771, 14770, 14769, 14768, 14767, 14766, 14765, 14764, 14763, 14762, 14761, 14760, 14759, 14758, 14757, 14756, 14755, 14754, 14753, 14752, 14751, 14750, 14749, 14748, 14747, 14746, 14745, 14744, 14743, 14742, 14741, 14740, 14739, 14738, 14737, 14736, 14735, 14734, 14733, 14732, 14731, 14730, 14729, 14728, 14727, 14726, 14725, 14724, 14723, 14722, 14721, 14720, 14719, 14718, 14717, 14716, 14715, 14714, 14713, 14712, 14711, 14710, 14709, 14708, 14707, 14706, 14705, 14704, 14703, 14702, 14701, 14700, 14699, 14698, 14697, 14696, 14695, 14694, 14693, 14692, 14691, 14690, 14689, 14688, 14687, 14686, 14685, 14684, 14683, 14682, 14681, 14680, 14679, 14678, 14677, 14676, 14675, 14674, 14673, 14672, 14671, 14670, 14669, 14668, 14667, 14666, 14665, 14664, 14663, 14662, 14661, 14660, 14659, 14658, 14657, 14656, 14655, 14654, 14653, 14652, 14651, 14650, 14649, 14648, 14647, 14646, 14645, 14644, 14643, 14642, 14641, 14640, 14639, 14638, 14637, 14636, 14635, 14634, 14633, 14632, 14631, 14630, 14629, 14628, 14627, 14626, 14625, 14624, 14623, 14622, 14621, 14620, 14619, 14618, 14617, 14616, 14615, 14614, 14613, 14612, 14611, 14610, 14609, 14608, 14607, 14606, 14605, 14604, 14603, 14602, 14601, 14600, 14599, 14598, 14597, 14596, 14595, 14594, 14593, 14592, 14591, 14590, 14589, 14588, 14587, 14586, 14585, 14584, 14583, 14582, 14581, 14580, 14579, 14578, 14577, 14576, 14575, 14574, 14573, 14572, 14571, 14570, 14569, 14568, 14567, 14566, 14565, 14564, 14563, 14562, 14561, 14560, 14559, 14558, 14557, 14556, 14555, 14554, 14553, 14552, 14551, 14550, 14549, 14548, 14547, 14546, 14545, 14544, 14543, 14542, 14541, 14540, 14539, 14538, 14537, 14536, 14535, 14534, 14533, 14532, 14531, 14530,

297

מכבי שירותי בריאות

שרות רפואי מוסמך

ד"ר דקל אסף

מומחה כיורגיה אורתופדית

מס' רשיון: 31981

כתובת: הצח 3, רמת השרון

טלפון: 050-6267970

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם משפחה גלבמן	שם פרטי קובי	שם האב נתן	מס' דהוי 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

האישור
29652
25462
18018
01/09/2022
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:



מיקוד 4855151

חולצה 18/7, ראש העין

כתובת:

0055710800

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, 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

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

חוגלה 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

פקס: 076-8893162

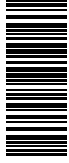
שם רופא: ד"ר דקל אסף

מומחיות: מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 050-6267970

פרטי מטופל

ת"ז



0055710800

שם מטופל: גלבמן קובי

ת"ז: 55710800

גיל: 63 שנים ו- 10 חודשים

טלפון: 0502657878, 039382958

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

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

* ידוע לי שמורשה הרקחה/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 הנחלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעתך 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:



מיקוד 4855151

חוגלה 18/7, ראש העין

כתובת:

0055710800

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

תאריך: 16/01/2023

מכבי שירותי בריאות

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.

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 30/04/2023 13:00
NAME :
FAX :
TEL :
SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	30/04 12:51
FAX NO./NAME	9114822
DURATION	00:09:05
PAGE(S)	17
RESULT	OK
MODE	FINE PC-FAX

30/04/2023 12:50

Page 1/17

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.

3.4.23

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 לקביעת דרגת נכות בצירוף מסמכים רפואיים.

2. אודה לעיונכם ולטיפולכם המסור בוימון מרשי לוועדה רפואית.