

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

בפקס

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון : שחר קסורלה, ת.ז. 307837773
תאונה מיום 27/2/23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונת כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 8

307837773

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע פרט		☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	
--	--	--	--

פרטי התובע שם משפחה קסולה		שם פרטי שחר		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעבר זר) ס"ב 3 0 7 8 3 7 7 7 3	
טלפון קווי 0 5 4 9 7 9 6 4 4 5		טלפון נייד 0 5 4 9 7 9 6 4 4 5		דואר אלקטרוני: ssk2413@gmail.com	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר ס"ב		שם פרטי איש קשר ס"ב		מס' זהות איש קשר ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות המלוות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני). במקום דואר רגיל, לידעיתך, אם לא סיפקת "אני מסרב", הודעות במשאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
	ראשון לציון			5	

פרטי מקום העבודה – אם אתה גמנה עם כוחות הביטחון אבא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית					
שם מעסיק/ מפעל ממסי שרותי דרך-דיאלי					
תפקיד התובע במקום העבודה					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
	בני ברק			64	
טלפון קווי 0 3 6 1 5 1 7 0 1		טלפון נייד 0 3 6 1 5 1 7 0 1		מספר פקס 0 3 6 1 5 1 7 0 1	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:					
האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:					
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אחראי/ה לבצע)					
שם העסק סוג העיסוק		רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד			
טלפון קווי 0 3 6 1 5 1 7 0 1		טלפון נייד 0 3 6 1 5 1 7 0 1		טלפון פקס 0 3 6 1 5 1 7 0 1	

2 א פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

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.

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	27/02/2023	שנה	חודש	יום
היום בשבוע	08:30	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה

היך אירעה הפגיעה?
 במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)
 מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)
 תאונה בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ☐ תאונה בבניין ☐

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה? כמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט: 3' ארבעה דקות

האם נכחו עדים בתאונה?: כן ☐ לא ☐ 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	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה	חודש	יום	

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
קמיון	חבלה	קמיון
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
27/02/2023		
שנה חודש יום	שעה	
27 02 2023		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?		
☐ לא ☐ כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה סופלתי או אני מסופל
	רצה	
טלפון המרפאה		

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

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

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
חזר ארילס רהיירס	מסל הול דהימט	03-7412358

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

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

תביעה נגד: _____ שם עורך הדין המטפל: _____

כתובת: _____ מס' טלפון: _____

מס' פקס: _____ דואר אלקטרוני: _____

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

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר: _____ מס' תיק אזרחי: _____

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

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

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

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי מלל כתוצאה מהפגיעה		מתאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____ עד תאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____
☐ שהייתי בעסק / בעבודתי	מתאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____ עד תאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____	משעה _____ עד שעה _____
	מתאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____ עד תאריך: שנה _____ חודש _____ יום _____	משעה _____ עד שעה _____

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה _____

☐ עבודה במשמרות

8 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל 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 שבוצעת 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 ✕ _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

מספר חשבון
2700041

מס' סניף
344

שם הסניף / כתובתו
ראשון / ציון

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

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

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

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

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

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת 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.

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

תאריך 2.4.23 חתימת התובע X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי שם משפחה מספר זהות ס"ב קרבה לתובע

טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני: @

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

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

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

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

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שם עבד התובע כיום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לסתלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב- _____

האם נכחו עובדים מספרים 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 לבאת	תפקידו
_____	_____	_____	_____
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		
_____	_____		

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

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 9 איזו משמרת? 6 הכתובת שבה היה אמור לעבוד (נמלאה) 6 חולון

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

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

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

ממסי שרותי דרך-דיאלי _____

תאריך תחילת עבודה: 17/07/2022 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

מספר ימי העבודה בשבוע: 5 היקף המשרה ב-100%

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

נעדר מהעבודה: _____ האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

עד מתי: _____

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

החודש, סליל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחדש זה בש"ח	תוספת חד פעמית מענק או הפרשים שגוללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		למקופה	שם התשלום
11/2022	חודש מלא	☒	☐	9,248.35		
12/2022	חודש מלא	☒	☐	9,365.38		
01/2023	חודש מלא	☒	☐	10,000.00		
חודש		☐	☐			

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

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

☐ 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 _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☒ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: 03 6153444

חתימת המעסיק _____ חתימת התובע _____

מספר שירותי דרך-דיאלי 514257278

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: 6.43 סמך האלמנט השם

החל מבלבד אל שיתאי אלמנט

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נעברו ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לזמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו התחייבנו מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ונוסרנו 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: לפני שטר-וכר, חניד אל האוסט

כדי לחניד אלמנט, סמך, ונתן יק במפדאל וסמס אל הקרסל

תאריך: 2/2/23 חפיד החותם: שם החותם חתימה וחותמת: ממשי שירותי דרך

514257278

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפסוק בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמם 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 בנסח 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

1

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	307837773	27/02/2023 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
קורני	סר	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2

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 אודותי.

תאריך 2.4.23 חתימת המבוטח x

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה			
שנה	חודש	יום	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק			
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	
ממסי שירותי דרך	935916700	193611534154	
ח.פ. 514257278	מיקוד	טלפון פקס	
רחוב / תא דואר	יישוב		
מס' בית	5		
הירקון			

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ כולל נא להגיש עזרה רפואית לי: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי החובט			
שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
קסולא	שמו	זכר ☒ נקבה ☐	31041813441413

פרטי התאונה			
נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	מספר זהות / דרכון
23/02/2020	08:30	מנוח/י	31041813441413
שנה	חודש	יום	סוג העבודה
2020	02	23	מנוח/י
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
רוסלף 125 יאסף			
תיאור התאונה			
לפני נסע - כשירף לחיות אל האוסטריה החלק קמפסיה			
/סוסם אל הקסול (כזה להאיץ לעבודה)			
האיבר שנפגע			
קסול שמהל			

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	28/03
תפקיד החותם	ח.פ. 514257278
שם החותם	חתימה וחוקת
ממסי שירותי דרך	ח.פ. 514257278

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

הודפס ע"י: אנגלה גבריאלו
רישום מתאריך: 27/02/2023 14:52:24

קסורלה שחר; ת.ז: 3-30783777-00; גיל: 29.7

פרטים כלליים

גיל המטופל: 29.07

תאריך ביקור: 27/02/2023

ביקור ללא כרטיס

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 27/02/2023

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: בן 29.7

לדבריו היום החליק בדרכו לעבודה
בעברו ניתוח בקרסול זה - 2018, ORIF BIMALLEOLAR FX אסה"ר

בדיקה גופנית: קרסול ללא סימני חבלה

ללא גפיחות צלקת נקיה

נושא משקל עצמאית

שמור NV

צלקת נקייה

תוצאות הדמייה: ללא ממצא גרמי חריף

ממצאים וניתוחיות אבחנותיות

קוד	איפיון	אבחנה
8450		SPRAIN ANKLE

קוד	סטטוס	הפניות	פרטי ההפניה
H3	הופק	78218-צילום קרסול שמאל בעמ	

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס	אישור	אישור מחלה
I1	27/02/2023	05/03/2023	הודפס		

סיכום

סיכום והמלצות: נוגדי כאב
קומפרסים קרים
רגל מורמת
חבישה מקומית

מבנה סיכומי יועץ

סוג סיכום	סטטוס	סיווג חשיבות
סיכום ביקור	נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה
סיכום ביקור	נשלח לרופא מטפל ראשוני אליו משויך המטופל	רגילה

הסיכום ישלח אוטומטית

הודפס ע"י: אנגלה גבריאלוב
רישום מתאריך: 27/02/2023 14:52:24

קסורלה שחר, ת.ז.: 00-30783777-3; גיל: 29.7

פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת פינסקר

תאריך עדכון: 27/02/2023

קוד מרפאה: 2061

רופא מעדכן: ד"ר אלעד מרום

קוד מחוז: 07

מס רשיון: 126855

לשימוש פנימי

Z

058/01/058/01/01

גביה

תאור סיבת פטטוס הצמדה: מטופל כבר

מבנה שירותים של הפניות

מזהה אישור
מסר

תאריך: 21/03/2023

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	קסורלה שחר
ת.לידה:	21/07/1993
מס בית:	5 / 6
מס זהות:	00307837773
גיל:	29.08
מין:	ז
ישוב:	ראשון לציון
טלפון:	54-9796445
רחוב:	הירקון
טלפון נוסף:	54-9796445

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 27/02/2023

תאור התאונה: החליק במדרגות בדרך לעבודה

מועד הפניה לקופ"ח: 27/02/2023

שם הרופא המטפל: ד"ר אלעד מרום

הממצאים הקליניים: נושא משקל, שיפור בתבנית ההליכה
דיין קושי, עם הגבלה בהחמרה בפלנטר פלקציה
שמור NV

צילומי רנטגן נעשו ב: פינסקר ביום: 27/02/2023

הממצא: נקע

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8450		SPRAIN ANKLE

הטיפול שניתן: חבישה

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/02/2023 עד יום 05/03/2023 (בכלל) סה"כ 7 ימים

21/03/2023 21/03/2023

תאריך מתן התעודה: ת. הבדיקה

ד"ר אלעד מרום

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

ד"ר אלעד מרום
מרכז מקצועי פינסקר
פינסקר - מרכז מקצועי

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	קסר	שם פרטי	ל	תעודת זהות	307837775	שם האב	ל
כירקון	5	מס'	מס'	מיקוד		טלפון	
רחוב		עיר	רמ"ד				

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 אף כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

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

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 2.4.23 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

מס' רשיון: 62254

י פ ו י כ ח

- אני הח"מ, 302732723, מרחוב הרצל 5 תל אביב,
 ת.ז. מס' 302732723, את עו"ד אריאל פרייברג ואו הרצל 5 תל אביב של
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ואו הרצל 5 תל אביב בענין תאונת דרכים מיום 1/10/94 במשפט של
 נגד הרצל 5 תל אביב 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, ואו 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 ואו 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
 חת, 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 ואו בהעדרי.
 12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי
 על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק
 וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
 13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות
 השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי,
 לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה
 בקשר לאותו גוף משפטי.

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

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

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 2 לחודש 4 שנה 23

X חתימה:

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריימאן
מס' רשום 62264

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 30/04/2023 16:20
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME
 FAX NO./NAME
 DURATION
 PAGE(S)
 RESULT
 MODE

30/04 16:10
 9426797
 00:10:12
 16
 OK
 FINE PC-FAX

Page 1/16

30/04/2023 16:10

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, 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

בפקס

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 מרחוב ישראל גלילי 7
ראשון לציון 7542606

א.ג.נ.,

הנדון: שחר קסורלה, ת.ז. 307837773
 תאונה מיום 27/2/23

1. מצ"ב טופס תביעה להכרה בתאונת כתאונת עבודה ולתשלום דמי פגיעה בצירוף מסמכים רפואיים.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור אודה.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.