



מספר זהות / דרכון

25 02

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

תאריך התביעה: 02/09/2021

סיבת האבחון:

תביעה חוזרת

המוסד לביטוח
לאומי

ביטוח נכות

אבחון רפואי



7805

סניף מגורים	סניף הועדה	מס' ועדה	תאריך האבחון
ראשון לציון	ראשון לציון		10/11/2021

פרטי התובע				
שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מספר זהות

כתובת						
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

מסמכים שעמדו בפני הועדה					
תאריך המסמך	סוג המסמך		תאריך המסמך	סוג המסמך	
22.3.2021	מכתב מאורטופד	.7			
1.8.2021	מרפאת כאב	.8			
9.6.2021	MRI עמ"ש צווארי	.9			
		.10			
		.11			
		.12			

פרוטוקולים נוספים שעמדו בפני הועדה:		
נפגעי עבודה	נפגעי איבה	אחר

אחוז הנכות הרפואית שנקבע באבחון מתאריך 03/02/2021			
אחוז הנכות הרפואית המשוקלל לנכות 36 לשר"מ 36 מתאריך: 22/03/2019 עד תאריך:			
אחוז לסעיף	סעיף ליקוי צמיחה	אחוז לסעיף	סעיף ליקוי זמנית
0	א 1 - 35		
0	א 1 - 14		
0	ב 2 - 12		
20	א 2 - 32		
20	ב 7 - 37		

הדיון מתקיים ללא נוכחות התובע - הסיבה:	
סיכום דיון לאחר קבלת מסמכים	מעל 90% נכות רפואית
הסכמת התובע	סיכום חוות דעת - יש סף רפואי מזכה

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
			10/11/2021

6. אימות פרטי התובע: פרטי התובע והזהות אומתו לפי X ת.ז. דרכון _____ רישיון נהיגה _____ אחר _____
 בעת הדיון נוכח גם: עו"ד: שם _____ עידן גיל _____ מס' רישיון _____
 מלווה: שם _____ קרבה _____ ת.ז. _____
 האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? X לא _____ כן - שם הרופא _____

הדיון לא מתקיים, הסיבה: _____ התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחות _____ אינו מבין את מהות ההזמנה
 הועדה נפסלה, הסיבה: _____

אישור הרופא המוסמך: _____ מזכיר הישיבה: _____ תאריך: _____

תולדות המקרה והתלונות מפי התובע (אמנוה מלאה כולל: כל התלונות והליקויים, טיפולים שמקבל, שמות המוסדות בהם מטופל והרופאים):
 לא עובד משנת 2018.
 הידיים גם גב וגם רגל המצב קשה לא יכול לישון
 העברתי לנוירולוגית את הבדיקה של MRI העדכני יש סימנים של מיאלופטיה מספר פריצות דיסק סובל מכאבים והגבחה בצוואר
 יש כאבים בכל המפרקים שינויים אוסטאוארטיטים

האם התובע עובד כיום?	כן	לא X	תאריך הפסקת עבודה	סיבה:
			סוג עבודה אחרונה	תקופת עבודה (חודשים/שנים)
			מספר שעות עבודה ביום	ימים בשבוע
			סוג עבודה נוכחית	מתאריך
			מספר שנות לימוד	לא למד
			סוג ההכשרה	סוג תעודה
				סוג תעודת

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית.
 אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: X כן _____ לא, הסיבה _____
 שם הרופא המוסמך: _____
 חתימת התובע _____ חתימת המלווה _____
 בהעדר חתימת התובע/מלווה, חתימת הרופא _____

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
			10/11/2021

7. **ממצאי הבדיקה הנוכחית:**
 בבדיקה: רגישות הגבלה בתנועות בעמ"ש צווארי בדרגה בינונית
 רגישות הגבלה בתנועות בעמ"ש מותני בדרגה בינונית מצבו הנאורולוגי בגפיים קיבל התייחסות בבדיקת הנירולוג
 שליטה על סוגרים שמורה

8. **התייחסות לחוות דעת יועץ לוועדה:**

תאריך	תחום רפואי	כן	לא	האם הועדה מקבלת חוות הדעת?
10.11.2021	נורולוג	X		הערות/נימוק:
10.11.2021	פסיכיאטר	X		הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:
				הערות/נימוק:

9. **סיכום דיון/נימוק:**

10. **דרישה למידע רפואי לאבחון הנוכחי (עצירת דיון) ונימוק:**

11. **דרישה למידע רפואי לאבחון הבא:**

שם התובע	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך האבחון
			10/11/2021

12. הליקויים הרפואיים מצורף פירוט המשך ליקויים: כן _____ לא _____

האם הליקוי נובע מהתאונה	נכות רפואית			נכות בלבד	נכות ושר"מ	מנוחה	אחוזי הנכות	חריג	מוותם	סעיף במבחנים		הליקויים	
	כן	לא	*							עיקרי	משנה		
											12	12	דלקת בקיבה
							0				14	14	השמנה קלה
							0				35	35	פיברומאלגיה
							40				29	29	מיאלופטיה
							20				37	37	כאבים בעמ"ש צווארי
							20				37	37	כאבים בגב תחתום

* לביורו הקשר הסיבתי בין הליקויים לתאונה יש להזמין המסמכים הבאים:

אחוז הנכות הרפואית המשוקלל				
לנכות	לשר"מ	מתאריך	עד תאריך	יציבה / זמנית
62		1.6.21		יציבה זמנית

13. הערכת הרופא המוסמך והמלצותיו

	כן	לא
התובע מסוגל להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי	X	
התובע מסוגל להשתמש בסכום כספי גדול יחסית ובאופן יעיל ואחראי	X	
התובע מתמצא במקום ובזמן לרבות במוסדות הפועלים בקהילה	X	
מומלץ ליזום תביעה לשר"מ?		X
מומלץ ליזום תביעה לניידות?		X
האם ניתן למסור מסמך זה לידי התובע?	X	
האם יש מקום להעביר דיווח למכון לבריאות דרכים?	X	

חתימת הרופא המוסמך:
 אני מצהיר בזאת כי:
 א. לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי.
 ב. איני הרופא המטפל של התובע.
 ג. לא קיימת קרבה משפחתית / היכרות אישית ביני לבין התובע.
 ד. לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע.
 ה. לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה / מנהל בית החולים בו אני עובד.

תאריך: 10/11/2021	שם הרופא	מומחיות: אורטופד	חתימה וחותמת
תאריך:	שם הרופא:	מומחיות:	חתימה וחותמי
תאריך:	שם הרופא:	מומחיות:	חתימה וחותמי

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בניגוד עם המוסד לביטוח לאומי.
 תאריך: 10/11/2021 שם מזכיר הישיבה חתימה וחותמת