



המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה

דו"ח ועדה רפואית

| | |
|------------|--------|
| סדר בקשה | 1 |
| סדר דיון | 6 |
| מס' ועדה | 743505 |
| נושא הדיון | |

| | | |
|--------------------------|-------|------------------|
| שימוש פנימי בלבד (סריקה) | פיצול | מס' זהות / דרכון |
| דפים | 25 | סוג המסמך |

1 סניף מגורים טבריה סניף הועדה טבריה שכר עצמאי מתנדב אסיר ציון

2 פרטי התובע שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: זכר נקבה

תאריך לידה: _____ מספר זהות ס"ג: _____

שנה: _____ חודש: _____ יום: _____

| כתובת | מס' בית | כניסה | דירה | תא דואר | יישוב | מיקוד |
|------------|------------|---------------|------|---------|-------|-------|
| | | | | 000000 | | |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני | | | | |

3 פרטי הפגיעה תאריך הפגיעה: 27/08/2007 מקצוע: _____

מהות הפגיעה: נחבל ביד, כתף וחזה

הותקף ע"י אנשים: _____

סוג האישור: אישור

| פירוט תעודות אי-כוש שאושרו | מיום | עד יום | פירוט תעודות אי-כוש שנתו | מיום | עד יום | תיקים שצורפו לדיון: |
|----------------------------|------------|------------|--------------------------|------|--------|--|
| | 28/08/2007 | 26/11/2007 | | | | <input type="checkbox"/> תיק נכות מעבודה |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> תיק דמי פגיעה |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> נכות כללית |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> נידות |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> איבה |

נא פרט על פגמות מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם): _____

4 מסמכים שערמו בפני הועדה

| תאריך המסמך | סוג המסמך | תאריך המסמך | סוג המסמך |
|-------------|-----------|-------------|-----------|
| 1. | הגיון 53 | 6. | |
| 2. | מסמך | 7. | |
| 3. | | 8. | |
| 4. | | 9. | |
| 5. | | 10. | |

5 החלטה אחרונה מתאריך 08/07/2009

| אחוז נכות זמנית | מיום | עד יום | אחוז נכות זמנית | מיום | עד יום |
|-----------------|------|--------|-----------------|------------|--------|
| | | | | | |
| אחוז נכות יציבה | 9.75 | | מיום | 27/11/2007 | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|---|--------------|------------------|----------------------|
| מס' ועדה 743505 | נושא הדין | סודר דין | סודר בקשה | מספר זהות ס"ב | פרוטוקול שם התובע |
| <input type="checkbox"/> התובע נכח בדין <input checked="" type="checkbox"/> התובע הזמין ולא הופיע <input type="checkbox"/> דיון ללא נוכחות התובע, הסיבה <u>אלו</u> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> בעת הדין נוכח גם: <input type="checkbox"/> עו"ד שם _____ <input type="checkbox"/> מלווה שם _____ <input type="checkbox"/> מס' רישיון _____ <input type="checkbox"/> קרבה _____ ת"ז _____ | | | | | |
| פרטי התובע והזהות אומתו לפי <input type="checkbox"/> ת.ז. <input type="checkbox"/> דרכון <input type="checkbox"/> רישיון נהיגה <input type="checkbox"/> אחר האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הועדה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - שם הרופא _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> הדיון לא מתקיים, הסיבה: <input type="checkbox"/> התובע הזמין ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו <input type="checkbox"/> הדיון נפסל, הסיבה _____ תולדות המקרה והתלונות מפי התובע: _____ | | | | | |
| ממשיך לקבל טיפול רפואי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: <input type="checkbox"/> טיפול תרופתי <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> המשך מעקב <input type="checkbox"/> טיפול משלים <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | | | |
| שכיר/מתנדב | האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? | <input type="checkbox"/> לא - הסיבה: <input type="checkbox"/> עקב הפגיעה <input type="checkbox"/> פיטורין <input type="checkbox"/> התפטרות <input type="checkbox"/> פרישה לגמלאות <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/> כן, לאותה עבודה, בתאריך _____ <input type="checkbox"/> כן, לעבודה אחרת. בתאריך _____ לאיזה תפקיד? _____ האם קיימת ירידה בהכנסות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - הסיבה: _____ היקף משרה: <input type="checkbox"/> מלא <input type="checkbox"/> חלקי | | | |
| עצמאי | האם חזר לעבודה לאחר הפגיעה? | <input type="checkbox"/> לא - הסיבה: <input type="checkbox"/> עקב הפגיעה <input type="checkbox"/> פרישה לגמלאות <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/> כן, לאותה עבודה, בתאריך _____ <input type="checkbox"/> כן, לתפקיד אחר _____ בתאריך _____ האם קיימת ירידה בהכנסות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - הסיבה _____ האם מעסיק עובדים נוספים לאחר הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מספר העובדים הנוספים _____ הסיבה _____ | | | |
| אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית. שמות הנוסקים הרפואיים: <u>שני משה</u> | | | | | |
| אני מסכים להיבדק ע"י חברי הוועדה הרפואית <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה _____ | | | | | |
| חתימת התובע * | | | | | |

| | | | | | |
|----------|------------------|-------------------|-------------------|------------|--------------------|
| שם התובע | מספר זהות מ"ב | סודר בקשה 1 | סודר דיון 6 | נושא הדיון | מס' ועדה 743505 |
|----------|------------------|-------------------|-------------------|------------|--------------------|

7 התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

8 ממצאים בבדיקת הועדה:

מיון אבנים יבול

6/5/03 - 22/10 - 100 מ"מ

15/5/04 - 10/11 - 146 מ"מ

6/12/07 - 22/10 - 148 מ"מ

13/12/07 - 22/10 - 145 מ"מ

13/12/07 ממוסלמן AIC גולס

מולד וגבר לפני סמולק וממלא אבני סלע

גולס 14 קטר מולס מן מולס אבנים

דמי גולס מולס אבני סלע מולס מולס

אבנים מולס מולס מולס מולס

מולס מולס מולס מולס

9 התייחסות לחוות דעת זעז לעדה:

| חוזם רפואי | שם הרופא | אחוז זמנית | תחילת הנכות הזמנית | אחוז וסעיף נכות יציבה | נכות שאינה נובעת מהפגיעה | החלטת הועדה |
|------------|----------|------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|---|------------|-------------------|--|-----------|----------|
| מס' ועדה 743505 | נושא הדיון | סודר דיון 6 | סודר בקשה 1 | מספר זהות | שם התובע |
| 10 אבחנות: | | | | | |
| 2000 בקשה טיפול וטיפול יומי | | | | | |
| 11 סיכום ומסקנות יש לפרט: האם הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה. | | | | | |
| 2000 בקשה טיפול וטיפול יומי מל-CONCE בקשה טיפול וטיפול יומי * חסכת מל בקשה טיפול וטיפול יומי | | | | | |
| 12 האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? | | | | | |
| כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | | דיון בהפעלת <input type="checkbox"/> תקנה 15 <input type="checkbox"/> תקנה 16 <input type="checkbox"/> | | |
| הועדה מבקשת לקבל: <input type="checkbox"/> בדיקת הכנסות מפקיד תביעות <input type="checkbox"/> חוות דעת הרשות <input type="checkbox"/> האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> שיעור ההפעלה: <input type="checkbox"/> ב-1/4 <input type="checkbox"/> ב-1/3 <input type="checkbox"/> ב-1/2 <input type="checkbox"/> האם הועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> | | | | | |
| הנימוקים להחלטה: | | | | | |
| 13 הועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ובדרש חומר נוסף. | | | | | |
| המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה. | | | | | |
| 14 האם הועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בעוד _____ שנים. | | | | | |
| האם ניתן למסור ז"ח הועדה לידי התובע? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | | | | |
| האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | | | | |

