

תאריך חתימת המסמך : 20.4.25

התובע : **אסף בן קסוס, ת.ז. 300303773**
מרחוב הגליל 7, אריאל 4076507
טלפון : 054-7001719

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג (מ"ר 62254)
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל' : 03-7412358 , פקס : 077-3180983
דוא"ל : office@freiberg-law.co

– נ ג ד –

הנתבעת : **WESURE חברה לביטוח בע"מ**
מדרך השרון 12, כפר סבא 4427125
טל' : 6835*
דוא"ל : claims@we-sure.co.il

כתב תביעה



סוג התביעה ונושא: פלג"ד

הסעדים המבוקשים : פיצויים בשל נזקי גוף בהתאם לסמכותו של בית משפט נכבד זה.

סכום האגרה : 819 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים : לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

הואיל והתובע הגיש למחוז שיפוט זה כתב תביעה נגדך, המצורף בזאת, אתם מוזמנים להגיש כתב הגנה בתוך 60 ימים מיום שהומצאה לכם הזמנה זו.

לתשומת ליבכם, אם לא תגיש כתב הגנה לפי תקנה 130 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, תהיה לתובע הזכות לקבל פסק דין שלא בפניך.

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 31.1.1987, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 42-505-74 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה ומסמכי חבות, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי :

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, טכנאי מחשבים ויזם, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



(3) תמצית העובדות הנחוצות לביסוסה של עילת התביעה ומתי נולדה :

7. בתאריך 17.7.24, בשעה 11:00 או בסמוך לכך, בכביש 5066 בק"מ מס' 9.3, היה הרכב מעורב בתאונה קשה עם רכב הנושא מ"ר 92-849-30, והתובע נפצע ונחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים "מאיר", בכפר סבא, שם אובחנו חבלות על גבו, צווארו ועל בית החזה, בבדיקה קלינית אובחנו כאב עז בהנעת פלג גוף עליון, כאבים עזים בבטן, כאב שמתגבר בנשימה, ובשים לב ל"סימני חגורה" הוחלט להפנותו לבדיקת הדמיה אשר הדגימה שברים בצלעות 7 ו-8, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו, בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב רפואי, תוך הנחייה לבדיקות הדמיה נוספות בקהילה ומנוחה בת 10 ימים.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים עזים ומהגבלה בתנועות הצוואר, הגב והגפיים, כמו גם כאב וקושי ניכר בהנעת פלג גופו העליון טופל במסגרת הקהילה, והוא הופנה לביצוע בדיקות נוספות, טיפולי פיזיותרפיה, רפואה משלימה (שיאצו/ טווינה), טיפול תרופתי לשיכוך כאב, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

10. התובע ביצע סדרת טיפולי פיזיותרפיה אינטנסיביים, אולם, חרף התמדתו בטיפולים המטרות הושגו באופן חלקי והוא נותר עם כאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב עם קושי בהליכה ובכיפוף.
11. התובע המשיך במעקב אורתופדי במסגרתו אובחנו הגבלות בתנועות הצוואר והגב והוא הופנה להמשך מעקב, טיפול שמרני ומנוחה.
12. בדיקת CT שבוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה הדגימה בלטי דיסק בעמוד השדרה הצווארי, ובקע דיסקלי מרכזי קטן בגבהים L4 , L5-S1 -L5.
13. התובע טופל ע"י אורתופד מומחה עמוד שדרה אשר הפנה את התובע לבדיקות דימות נוספות והמשך טיפול במסגרת מרפאת כאב.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
14. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר והגב, מכאבים עזים, מקושי בהליכה, עמידה ושיבה ממושכות, מקושי בכיפוף וכריעה, מקושי בנשיאה והרמה, מכאבים עזים, קשיי הירדמות ושינה לא רציפה הוא נזקק לקבלת טיפול רפואי והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
15. התובע טכנאי מחשבים ויזם, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בכיפוף, כריעה ישיבה ממושכת וריכוז, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, ונגרמו לו הפסדי שכר.
16. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
17. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.



חלק 3

1. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 135,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 19,250
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 5,500
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 12,250

ב. נזק כללי:

כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:

- (1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) הוצאות ניידות ונסיעות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעת.

הנתבעת חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת השימוש ברכב במועד התאונה.

אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעת לדין ולחייבה, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.




אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: משטרה וחבות (עמודים 7 עד 11)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 13 עד 39)	13
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 41 עד 41)	41
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 43 עד 45)	43



נספח 1 :

משטרה וחבות

(עמודים 7 עד 11)



מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה שלוחת בוחנים שומרון מחוז שי
כתובת קרית המדע 22, אריאל
טלפון 037729565
פקס 0768601307
דואל bohanim.shomron@police.gov.il
מספר תיק פלא 298340/2024
סיווג תיק ת.ד., ת.ד.
מס' מסמך בתיק ח
תאריך 23/07/2024, י"ז תמוז תשפ"ד, 10:53

לכל המעוניין

תאריך התאונה 17/07/2024 בשעה 11:00

מקום התאונה

בכביש בין עירוני כביש מס 5066 ק"מ מס 9.3

הערות מקום

פרטי כלי הרכב והמעורבים

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
9284930	מונית	דימלר בנץ גרמני
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
אלתקאפול	10/142/15/2020/29/102/1	שטחים

מעורבים ברכב

שיוך המעורב	ת.ז	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	904968195	זיד נאאל	21/09/1979			

פרטי הרכב

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
4250574	פרטי נוסעים	טויוטה יפן
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
we sure	1000021003666102	ישראלית

מעורבים ברכב



שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	300303773	בן קסוס אסף	31/01/1987	אריאל, הגליל 7	ב"ח מאיר - כפר קלה שבא	

פרטי הולכי רגל

שיוך המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
-------------	------	--------	----------	-------	-------------------	--------------

כמות נפגעים

כמות נפגעים

מצב התיק

מתאריך

1

בחקירה

17/07/2024

פרטי המטפל בתיק

מ"א

שם משפחה

שם פרטי

962589

בן צבי

דני

פרטי השוטר המוסר

מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

דרגה

962589

דני

בן צבי

רב נגד

תפקיד

מקום שרות

חתימה

23/07/2024 10:53

חוקר בוחן תאונות דרכים בכיר

שלוחת בוחנים שומרון מחוז שי

בוחנים שומרון
מחוז שי
23/7/24



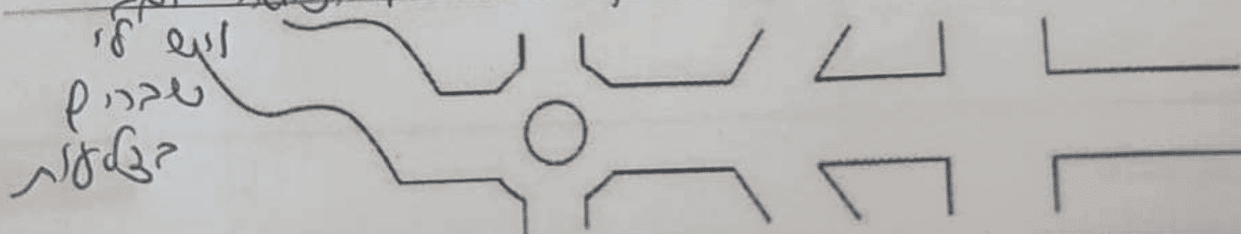
☐ הודעת זריחות ☐ אי הגשה ☐ נזק עצמי ☐ צד ג' ☐ נזק עצמי והצד ג' ☐ נזק רכב ☐ רדח ☐ אחר

2 פרטי בעל הפוליסה

[illegible]

אור המקור: * המבחן העליון (י"ח) משרד בתיאור ותיאור קטן

חלק, ספר, קובץ מנה מספר ספר, כולל ספר



100002903044902 - 11/05/2015 10:00:00 AM

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 391–400

• 對你來說的 最難得的 時間的 是

- 21



רשיון נהיגה

DRIVING LICENCE

מדינת ישראל

STATE OF ISRAEL



בן קיסוס

1. BEN KASUS

אסף

2. ASSAF

3. 31.01.1987

4. א' בשבט התשס"ז

4b. 31.01.2027

5. 2126565

8. הגליל זא אריאל

4a. 09.08.2022

4d. ID 300303773

3773



3773

9. B

מוגבל לרכב עם תיבת הילוכים אוטומטית

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 13 עד 39)



מאיר



מרכז רפואי מאיר

מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 17/07/2024 הופק ע"י דר' מחאמיד יוסף מ.ר. 117992 16:14 17/07/2024

מלרד אגף C
מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
מס' קבלה למחלקה: 2526308101
טלפון: 09-7472323
פקס: 09-7410994

שם משפחה:	בן קסוס	ת. לידה:	31/01/1987
שם פרטי:	אסף	ת. זהות:	30030377-3
כתובת:	הגליל 7, אריאל 4076507	מין:	זכר
טלפון:	0547001719	גיל:	37
סוג דם:		מרפאה:	
מחוז:		שם האב:	אלברט
גורם מממן:	קופ"ח מכבי		

מספר קבלה: 2526308101
תאריך קבלה: 12:19 17/07/2024

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת עבודה

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

רופא אחראי

רופא: דר' מחאמיד יוסף מ.ר. 1179927

סיום טיפול במלרד: שחרור



אבחנה	אבחנות בשחרור	קוד	צד	תאריך	עיקר	S/P	MP	Rec
MOTOR VEHICLE ACCIDENT		E819						
FRACTURE OF RIB(S)		8070	Left		✓			
7th+8th								

תלונה עיקרית ומחלה נוכחית

בן 37, בריא בדרך כלל

היום בדרך מעבדתו לבית, התנגש במכונית, היה עם חגורה, נפתחה כרית אוויר
ללא כאבי ראש/צוואר, ללא כאבי בטן, ללא בחילות או הקאות, ללא קושי נשימה
כאבים בבית חזה משמאל, לא מחמירים במגע, מחמירים בנשימה עמוקה

בדיקה גופנית

נרשם ע"י: גרובניק אלכסנדרה, C, מלרד אגף

תאריך עדכון: 13:14 17/07/2024

דיווח / דיון: בהכרה מלאה, נראה טוב

קולות הלב סדירים, מהירים, ללא אוושה

כניסת אוויר שווה, מעט ירודה בבסיסים דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים, ללא סמני אמפיזמה תת עורית. כאב במגע באזור צלעות

תחתונות משמאל

בטן - ללא המטומות, מעט נפוחה, אודם מכרית אוויר וחגורה, ללא רגישות, ללא רבאונד או גרדינג

רגליים ללא בצקות או סמני DVT

לא ידועה רגישות לתרופות

הוראות ומדדים

שעה קטגוריה

תאריך 13:41 17/07/2024

תוצאות והערות

מדד



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

שם משפחה:	בן קסוס	תאריך לידה:	31/01/1987	מלרד אגף C
שם פרטי:	אסף	ת. זהות:	30030377-3	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:		שם האב:	אלברט	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

120	דופק	12:54 17/07/2024	מדדים
בוצע	א.ק.ג.	12:24 17/07/2024	מדדים
A	מצב הכרה		
151/80	לחץ דם		
137	דופק		
97	סטורציה באוויר		
	חדר		
4	רמת כאב		

ביצוע תרופות

מינון	צורת מינון	תאריך ושעה	תזמון מהוראה	תרופה
Drug Dosage: 1000 mg	CPL	17/07/2024 13:41	Once Rate from nurse:0	Oral ACAMOL CPL 1000 mg
		ארוך אילון יערה מ.ר. 218241		

ממצאי א.ק.ג.

קצב סינוס סדיר סביב 120 ללא סמני איסכמיה חריפה



בדיקות עזר

תוצאה	תאריך	בדיקה
סיבת ההפניה: [בן 37 התקבל אחרי תאונת דרכים קשה בקבלתו טכי קרדי מתלונן על כאבים בבטן וחזה בבדיקתו סימני חגורה מעל הבטן] בוצע: [ט.מ. CT חזה/בטן/אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 17/07/2024 15:02 מ.ג. 1285008183590 מבצע: נסים מור; ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY;] [ממצאים: הבדיקה בוצעה לאחר הזרקת חומר ניגוד לזוריד על בסיס יוד א-יוני, לבית חזה בטן ואגן בשל טראומה. בית חזה לא הודגמה פגיעה טראומטית בכלי הדם הגדולים. במדאיסטינום לא הודגמו גושים או בלוטות מוגדלות]	17/07/2024	ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה:	בן קסוס	תאריך לידה:	31/01/1987	מלד אגף C
שם פרטי:	אסף	ת. זהות:	30030377-3	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:		שם האב:	אלברט	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

צפיפות נמוכה במיצר קדמי – שארית טימוק ק"ל. אקסילות שמורות. לא הודגם תפליט פלאורלי או פריקדיאלי. אין עדות לפנאומומדיאסטינום או פנאומוטורקס. בראות – קונסולדיציה קטנה בלינגולה – שיניים אטלקטטים בלבד? בטן ואגן הכבד הודגם בממדים ומרקם תקינים. דרכי המרה התוך כבדיות אינן מורחבות. הטחול בממדים ומרקם תקינים. הלב לב בממדים ומרקם תקינים. אדרנלים בגודל ומרקם תקינים. הכליות בגודל וצורה תקינים, ללא עדות להידרונפרוזיס. אין עדות להגדלת בלוטות לימפה רטרופריטונאליות. בסריקת האגן - אין עדות להגדלת בלוטות לימפה איליאקליות או מפשעיות. ריבוי בשומן בתת רירת של קולון וברקטום – תואר ב IBD אך גם בבריאם. שלפוחית שתן תקינה. אין נוזל חופשי. אין אויר חופשי. חלון עצם: שבר בצלע 7, 8 משמאל. לציין שיניים סקלרוטיים ב SIJ, יותר בולט משמאל. הסננה בשומן תת עורי בדופן בטן קדמית משמאל.] סיכום: [שבר בצלע 7, 8 משמאל. השאר כמתואר. תשובה לא סופית עד לאישור רופא מומחה יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד! יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.]		
--	--	--

תרופות מומלצות להמשך טיפול

מרשם	הערות	יחידות לניפוק	אריזות לניפוק	משך	תדירות	מינון	אופן מתן	שם התרופה
✓	כל כדור מכיל Paracetamol 325 mg, Tramadol 37.5 mg מצופה-אין לכתוש! כדור.			10 ימים	ביום X 3	2 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, tramadol HYDROCHLORIDE)
✓	בוקר וערב מומלץ ליטול אחרי אוכל			5 ימים	ביום X 2	500 mg	Oral	NAXYN (NAPROXEN)

סיכום



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלד

שם משפחה:	בן קסוס	תאריך לידה:	31/01/1987	מלד אגף C
שם פרטי:	אסף	ת. זהות:	30030377-3	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
סוג דם:		שם האב:	אלברט	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה

תאונת דרכים בדרך מעבודה
היום בדרך מעבדתו לבית, התנגש במכונית, היה עם חגורה, נפתחה כרית אוויר
במיון צוצע TBCT = שבר בצלע 7, 8 משמאל

שחרור

המלצות

המלצה:
*מעקב רופא מטפל.
*שיכון כאבים עפ"י הצורך.
*צילום חזה ביקורת בקופ"ח בעוד יומיים
*מינוחה בבית 10 ימים
*במקרה החמרה יש לפנות לבדיקת רופא.
חופשת מחלה: 10 ימים.

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימת רופא בכיר

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
דר' קשוע מרואן מ.ר. 37043	רופא/ה בכיר	17/07/2024 16:09



נחתם ע"י: דר' מחאמיד יוסף מ.ר. 1179927

חתימה:

אחות משחררת לאחר הדרכה סיעודית:

מסמכים נלווים

הגנת מידע

המכתב הודפס על ידי דר' מחאמיד יוסף 17/07/2024 16:14

חסוי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.



עמוד 1 מתוך 2

17/07/2024	ת. ביצוע:	30030377-3	ת"ז:	אסף בן קסוס	גבדק:
17/07/2024	ת. פיענוח:	37 שנים	גיל:	31/01/1987	תאריך לידה:
17/07/2024	ת. הדפסה:	זכר	מין:	מרכז רפואי מאיר, (280000)	מוסד מפנה:
				מחלקה לרפואה דחופה, (289500)	גורם מפנה:
				יוסף מחאמיד, (179927)	רופא מפנה:

בדיקה: ט.מ. CT חזה/בטן/אגן במסגרת TOTAL BODY

סיבת ההפניה:

בן 37
התקבל אחרי תאונת דרכים קשה
בקבלתו טכני קרדי מתלונן על כאבים בבטן וחזה
בבדיקתו סימני חגורה מעל הבטן

בוצע:

ט.מ. CT חזה/בטן/אגן במסגרת TOTAL BODY בתאריך 17/07/2024 15:02 מ.ג.: 1285008183590 מבצע: נסים מור;
ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY;



ממצאים: הבדיקה בוצעה לאחר הזרקת חומר ניגוד לווריד על בסיס יוד א-יוני, לבית חזה בטן ואגן בשל טראומה.

בית חזה

לא הודגמה פגיעה טראומטית בכלי הדם הגדולים.
במדיאסטינום לא הודגמו גושים או בלוטות מוגדלות.
צפיפות נמוכה במיצר קדמי – שארית טימוק ק"ל.
אקסילות שמורות.
לא הודגם תפליט פלאורלי או פריקדריאלי. אין עדות לפנאומדיאסטינום או פנאומוטורקס.
בריאות – קונסולדיציה קטנה בלינגולה – שינויים אטלקטיים בלבד?

בטן ואגן

הכבד הודגם בממדים ומרקם תקינים.
דרכי המרה התוך כבדיות אינן מורחבות.
הטחול בממדים ומרקם תקינים.
הלבלב בממדים ומרקם תקינים.
אדרנלים בגודל ומרקם תקינים.
הכליות בגודל וצורה תקינים, ללא עדות להידרונפרוזיס.
אין עדות להגדלת בלוטות לימפה רטרופריטונאליות.
בסריקת האגן – אין עדות להגדלת בלוטות לימפה איליאקליות או מפשעיות.
ריבוי בשומן בתת רירית של קולון וברקטום – תואר ב IBD אך גם בבריאים.
שלפוחית שתן תקינה.
אין נוזל חופשי.
אין אויר חופשי.

מידע חסוי אישי

כללית

מרכז רפואי מאיר



מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

עמוד 2 מתוך 2

נבדק: אסף בן קסום ת"ז: 30030377-3 מ.ג.ישה: 1285008183590;

חלון עצם: שבר בצלע 7, 8 משמאל.
לציין שינויים סקלרוטים ב SIJ, יותר בולט משמאל.
הסגנה בשומן תת עורי בדופן בטן קדמית משמאל.

סיכום:

שבר בצלע 7, 8 משמאל.
השאר כמתואר.

יש להביא צילומים קודמים לכל בדיקה בעתיד!
יש לפנות לרופא המטפל עם דוח הפענוח להמשך בירור וטיפול.

17/7/2024 15:22
17/7/2024 16:45

מספר רשיון: 154155
מספר רשיון: 154155

פוענח ע"י: ד"ר ראמי גנאים
אושר ע"י: ד"ר ראמי גנאים



*העתק תוצאות מידע דימותי – המסמך מכיל מידע מוגן ע"פ חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 *

הסחדות "מכבי" ישראל

מכבי שירותי בריאות

אגודה לעזרה רפואית

שרות רפואי מוסמך

דר' אוקראינסקי ז'נה

רופאה כללית

מס' רשיון: 24600

כתובת: הערבה 1 אריאל

טלפון: 03-9065050

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם משפחה בן קוסוס	שם פרטי אסף	שם האב אלברט	מס' זיהוי 300303773	שכיר/עצמאי שכיר
ישוב אריאל	רחוב הגליל	מס' 7	מיקוד 4076507	שנת לידה 1987
שם המעביד וכתובתו		טלפון 0547001719	מקצוע	חבר (כול) כ
ת. פגיעה 17/07/2024	שעה 11:20	התעסקות בשעת הפגיעה נסיעה במסגרת עבודה		
האיבר שנפגע גב בית חזה	שם הרופא המטפל		נמצא בטיפול מיום	

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

ב 17.07 היה מאורב בת.ד. במסגרת עבודה. התנגשות חזיתית התפתחו כרית אוויר. פניה לבית חולים ללא אבוד הכרה ללא הקאות ללא אמנזיה בוצע בדיקות מיון כולל CT כול גופי-שברים בצלעות משמאל 7-8 מומלץ מנוחה מעקב אנלגטיקה מתלונן על כאבי צוואר שחמות כאבי גב כאבי בית חזה.

הממצא הקליני:

מצב כללי טוב

ללא שינויים נוירולוגיים גסים

מגבלה בתנועה של פלג גוף עליון

כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

בית חולים מאיר

הממצא: שברים בצלעות 7-8 משמאל

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- FRACTURE OF RIB CLOSED Left
- ROAD ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

תאריך: 17/07/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר. גורם מפנה



024600

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף
ת.ל.י.ד: 31/01/1987	מ.ז: 0547001719
ת.ל.י.ד: 0300303773	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 17/07/2024 עד יום: 27/07/2024 סה"כ: 11 ימים.

17/07/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 17/07/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:

שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף	ת.ז.: 300303773
ת.לידה: 31/01/1987	מין: ז	טלפון: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507	טל.עבודה/נייד: 0547001719



תמצית הביקור מתאריך 17/07/2024 בשעה 20:14

תאריך הביקור: 17/07/2024

מקור המידע	הערות
בקשות מהאתר - מענה הרופא	הטפסים הופקו לבקשתך.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור מחלה	17/07/2024	27/07/2024

002824987891



מ.ר. גורם מפנה



024600

מכבי שירותי בריאות

דר' אוקראינסקי ז"נה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-9065050

073-2132437 :079

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:

300303773 :ר.ת

שם פרטי: אסף

שם משפחה: **בן קסוס**

טל.עבודה/נייד: 0547001719

0547001719

טלפון:

מִיָּן: ז

31/01/1987

ת.לידה:

הגליל 7, אריאל

כתובת:

מיקוד 4076507



0300303773

תמצית הביקור מתאריך 18/07/2024 בשעה 11:41

תאריך הביקור: 18/07/2024

מקור המידע	הערות
העברת טפסים באופן יזום לאתר המטופל	בביקור זה הועברו טפסים באופן יזום לאתר המטופל.

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם/תיאור	מתאריך	עד תאריך
אישור	אישור על מחלת בז זוג	17/07/2024	18/07/2024

002825532941



תאריך: 18/07/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אוקראינסקי דנה
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף
ת.ז.: 300303773	ת.ל. עבודה/נייד: 0547001719
ת.ל.ידה: 31/01/1987	מ.י.ז: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507
0300303773	

אישור על מחלת בן זוג

אשר חלה/תה והיה/הייתה תלוי/ה לחלוטין לעזרת בן/בת הזוג.

וזקוק להשגחה מיום: 17/07/2024 עד יום: 18/07/2024 , סה"כ 2 ימים.

18/07/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 25/07/2024

מכבי שירותי בריאות

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

טלפון: 03-9065050
פקס: 073-2132437
כתובת: הערבה 1 אריאל

שם משפחה: בן קסוס	ת.ז.: 300303773	שם פרטי: אסף	מ.ז.: 0547001719	טלפון: 0547001719	טל. עבודה/נייד: 4076507
ת.לידה: 31/01/1987	כתובת: הגליל 7, אריאל	פרטי הנבדק: 0300303773			

מכון רנטגן

הבדיקה הדרושה
קוד: 1110
צילום צלעות ב- 2 תנוחות

שאלה למבצע הבדיקה: לפני ביקורת אורטופדית
דחיפות הפענוח: רגיל
תלונות: ב 17.07 היה מאורב בת.ד. במסגרת עבודה. התנגשות חזיתית התפתחו כריות אוויר. פניה לבית חולים ללא אבוד הכרה ללא הקאות ללא אמנזיה
בוצע בדיקות מיון כולל CT כול גופי-שברים בצלעות משמאל 7-8
מומלץ מנוחה מעקב אנלגטיקה
מתלונן על כאבי צוואר שחמות כאבי גב כאבי בית חזה

ממצאים: מצב כללי טוב
ללא שינויים נירולוגיים גסים
מגבלה בתהוועה של פלג גוף עליון
כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- FRACTURE OF RIB CLOSED Left
- ROAD ACCIDENT

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE (11/2018)
- APPENDECTOMY (11/2018)
- OBESITY (11/2018)

בעיות ידועות:

מעשנות: לא

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/07/2024 עד תאריך - 21/01/2025

25/07/2024

תאריך

ד"ר ענת אורטופדית
רופאה כללית

www.maccabi4u.co.il

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

הבדיקה כרוכה בחשיפת האזור הנבדק ובמגע פיזי של מבצע הבדיקה. רצוי להגיע לבדיקה עם בגד בשני חלקים (חלק עליון וחלק תחתון). באפשרותך להגיע עם מלווה לבדיקה.

L6

תאריך: 25/07/2024

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר אוקראינסקי ז'נה

משפחה פנימית וכללית

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

קוד הפניה: 389116430

טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף	ת.ז.: 300303773
ת.לידה: 31/01/1987	מין: ז	טלפון: 0547001719	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507		

מכון פיזיותרפיה

תלונות: ב-17.07 היה מאורב בתד. במסגרת עבודה. התנגשות חזיתית התפתחו כריות אוויר. פניה לבית חולים ללא אבוד הכרה ללא הקאות ללא אמנזיה
בוצע בדיקות מיון כולל CT כול גופי-שברים בצלעות משמאל 7-8
מומלץ מנוחה מעקב אנלגטיקה
מתלונן על כאבי צוואר שחמות כאבי גב כאבי בית חזה.

ממצאים: מצב כללי טוב

ללא שינויים נוירולוגיים גסים

מגבלה בתנועה של פלג גוף עליון

כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

אבחנה:

- WHIPLASH INJURY
- FRACTURE OF RIB CLOSED Left
- ROAD ACCIDENT

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE (11/2018)
- APPENDECTOMY (11/2018)
- OBESITY (11/2018)

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 25/07/2024 עד תאריך - 21/01/2025

"נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים"

25/07/2024

תאריך

ד"ר אוקראינסקי
מ.ר. גורם מפנה
רופאה
חתימה וחותמת

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.

מכבי שירותי בריאות

תאריך: 2024

ד"ר רגב עמית

מ.ר גורם מפנה

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים



023760

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

קוד הפניה: 2569

טלפון: 03-7463820

פקס: 03-7178324

כתובת: מרכז מסחרי 1 אורנית (קומה 2)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 100303773

שם פרטי: אסף

שם משפחה: בן קסוס

טל.עבודה/נייד: 47001719

טלפון: 0547001719

מין: ז

ת.לידה: 31/01/1987



0300303773

מיקוד: 4076507

כתובת: הגליל 7, אריאל

רפואה משלימה

כאבי צוואר גב וצלעות שמאל חודש לאחר תאונת דרכים חזיתית, בתאונה נפתחו כריות אויר. נבדק במיון ביום הארוע ושוח במיון בוצע CT בטן ואגן שמצא שברים בצלעות 7,8 - חלון עצם: שבר בצלע 8,7 משמאל. לצ"ן שינויים סקלרוטיים ב SIJ יותר בולט משמאל. הסננה בשומן תת עורי בדופן בטן קדמית משמאל.

תלונות

רגישות לאורך חוליות צוואר והשרירים זקופי הצוואר דו צדדי יותר מימין. הגבלה בתנועות הצוואר בעיקר ברוטציות אקסטנציה ופלקציה לטרלית. ללא חסר נהירולוגי בגפיים עליונות, תחושה שטחית תקינה ושווה, כוח גס תקין, רפלקסים גידים ברכיורדיאלים הופקו ערים ללא רפלקסים פתולוגיים טרמור או רגישות מותנית - עלייה על בהונות ועקבים תקינה.

ממצאים

אבחנה:

HIPLASH INJURY
OW BACK PAIN
ERVICALGIA
RACTURE OF RIBS/ STERNUM Left

AMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE (11/2018)
PPENDECTOMY (11/2018)
BESITY (11/2018)

בעיות ידועות:

מעשלות: לא

הבדיקה הדרושה	קוד	פירוט
טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה		

הנחיות הרופא: ממליץ על שיאצ'ן טווינה להקלת כאבי השרירים.

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

15/08/2024

ד"ר עמית
מומחה בכירורגיה א
מומחה בהחלפות מ
מ.ר גורם מפנה
חתימה וחותם

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

ליזמון תור למכון הקרוב למקום מגוריך או למכון אחר המופיע בהפניה. עליך לפנות למרכז זימון תורים: 3555* או ל 1-700-50-53-53

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 15/08/2024 עד תאריך - 11/02/2025

15/08/2024

10:28

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד

הנדון: אסף בן קסוס ת.ז. 300303773
הבדיקה בוצעה במאר סניף: 15/08/2024 בתאריך: Ariel

להלן ממצאי צילום צלעות משמאל ב- 2 מנחים:
סיבת ההפניה: בירור

אין לראות שבר,
אין לראות ממצא מוקדי במבנה גרמי.

סיכום: כמתואר

(2,0,0, 2)

תודה על הפניית הנבדק
ובברכה,



ד"ר משינה אירינה מ.ר. 156889
ד"ר באוור בוריס מ.ר. 25207
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית מ.ר.מ. 20352

הוקלד ע"י: אירינה משינה
נחתם ע"י: ד"ר באוור בוריס, מ.ר.מ. 20352

תשובה חתומה אלקטרונית ע"י הרדיולוג/ית המפענח/ת.

תאריך: 06/10/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף
ת.לידה: 31/01/1987	מ.ז: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	טל.עבודה/נייד: 0547001719
0300303773	מיקוד: 4076507

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 06/10/2024 עד יום: 16/10/2024 סה"כ: 11 ימים.

06/10/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 27/10/2024

מ.ר. גורם מפנה



024600

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

שם פרטי: אסף		שם משפחה: בן קסוס		פרטי הנבדק:
ת.ז.: 300303773	מין: ז	ת.לידה: 31/01/1987	כתובת: הגליל 7, אריאל	
טל.עבודה/נייד: 0547001719	טלפון: 0547001719	0300303773		
מיקוד 4076507				

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 17/10/2024 עד יום: 31/10/2024 סה"כ: 15 ימים.

27/10/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא



תאריך: 17/12/2024

מ.ר. גורם מפנה



144804

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

דבורין חנן
פיזיותרפיה

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

ת.ז.: 300303773	שם פרטי: אסף	שם משפחה: בן קסוס	פרטי הנבדק:
טל. עבודה/נייד: 0547001719	טלפון: 0547001719	ת.ל.ידה: 31/01/1987	 0300303773
מיקוד: 4076507	מין: ז	כתובת: הגליל 7, אריאל	

סיכום טיפול פיזיותרפיה

17/12/2024

תאריך הפקדה:

300303773

ת.ז.:

לכבוד דר' לכל מאן דבעי

מר/ת בן קסוס אסף

הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:
WHIPLASH INJURY •
FRACTURE OF RIB CLOSED •
ROAD ACCIDENT •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך יצירה
המטופל יצליח לישון לילה שלם ללא קושי או כאבים	08/09/2024	הושלם חלקית	08/08/2024
המטופל יצליח להתלבש ולהתקלח עצמאית ללא קושי או כאבים	08/09/2024	הושלם חלקית	08/08/2024
המטופל יצליח ללכת מעל חצי שעה ללא קושי או כאבים	08/09/2024	לא הושלם	08/08/2024

טופל החל מ- 08/08/2024

סוג סדרה כללית/ אורטופדית

Therapeutic Exercises-

THERAPEUTIC EXERCISE

בטיפולים שכללו:

Modalities-

MODALITY ELECTRO FOR PAIN
MODALITY HEAT PACK

Administrative and Others-

EVALUATION INITIAL
EVALUATION TREATMENT TREATY

Specific Education Techniques-

EDU SELF EXERCISE

סה"כ 12 ביקורים

גורם משחרר: פיזיותרפיסט

יכולת חזרה לפעילות: כן

השגת מטרות הטיפול: המטרות הושגו באופן חלקי

מידת שיתוף הפעולה: התמדה בהגעה לטיפולים-מרוצה
התמדה בתרגול עצמי-מרוצה

הערות:

בן 37 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דו-צדדי ונבג תחתון דו-צדדי, עוצמת כאב VAS 8/10, התקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במטחח המטופל עבר סידרה טיפולי פיזיותרפיה ממושכת כעת המטופל עדיין נבל מכאבים חזקים בצוואר ובעיקר בגב התחתון, עדיין יש מגבלה בטווחי תנועה וקושי רב בתפקודים ה"ל"

חתימה

תאריך: 17/12/2024
מ.ר גורם מפנה
144804

טלפון: 03-9065050
פקס: 0732132437
כתובת: הערבה 1, אריאל

פרטי הנבדק:

שם משפחה: **בן קסוס**

ת.ל.ידה: 31/01/1987

כתובת:

הגליל 7, אריאל

המטופל

הודרך להמך תרגול עצמי תנועת יומיומי + הליכה יומיומית

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבראות של המטופלים.
בכבוד רב,
שם פזיותרפיסט: דבורין חנן

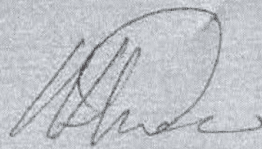
שם המכון: אריאל מכון פזיותרפיה

ת.ז.: 300303773
טל.עבודה/נייד: 0547001719
מיקוד: 4076507

שם פרטי: **אסף**
טלפון: 0547001719

מין: ז

0300303773



חתימה

תאריך: 30/12/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ברונושטיין יגאל

מ.ר גורם מפנה

אורתופדיה עמוד שדרה



0304720477



029186



קוד הפניה: 412740518

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

כתובת: שד נים 2, ראשון לציון (מגדל עסקים עזריאלי ראשונים, קומה 5)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 300303773

שם פרטי: אסף

שם משפחה: בן קסוס

טל.עבודה/נייד: 0547001719

טלפון: 0547001719

מין: ז

ת.לידה: 31/01/1987



0300303773

מיקוד: 4076507

כתובת: הגליל 7, אריאל

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

לאחר תדרכים קינטיה קשה
שבר צלעות

כאב ע"ש מותני / צווארי
טופל - PT

מצאים:

בבדיקה גופנית:
ע"ש צווארי

מוטוריקה עדינה - תקינה

טונוס - תקין

יציבה -תקינה. תבנית הליכה - יציבה מתקשה הליכת TANDEM

פיזור כאב מתאים ל גירוי שורש - אין //

הפרעה תחושתית אין .

מישוש / ניקוש - אמל

ROM : כיפוף קדימה 50 יישור לאחורה 60 כיפוף לצדדים 45 סיבוב לימין 80 סיבוב לשמאל 80

ספורלינג: שלילי

מבחן ע"ש לרמיט: שלילי
ע"ש מותני:

יציבה -תקינה.

מישוש * ניקוש לארוך ע"ש - אמל

הקרנת כאב לפי שורש - אין.

הפרעה תחושתית לפי דרמטום - אין

ROM : כיפוף קדימה : 40 יישור לאחורה 25 כיפוף לצדדים 25

כוח גס - תקין כל תחנות 4 גפים כולל הליכה אצבעות / עקבית.

החזרי פיקה / אכילס

ללא ערות החזרים או הופמן / בבינסקי
ללא מעורבות פרקי ברך / ירך SIJ

PP

סיכום: הגבלת תנועת קלה
ערות החזרים

דף 1

תאריך: 30/12/2024

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ברונשטיין יגאל
אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:
מומחה כירורגיה אורתופדית



0304720477



029186

קוד הפניה: 412740518



טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

כתובת: שד נים 2, ראשון לציון (מגדל עסקים עזריאלי ראשונים, קומה 5)

פרטי הנבדק:

שם פרטי: אסף
שם משפחה: בן קסוס
ת.ז.: 300303773
ת.לידה: 31/01/1987
מין: ז
טלפון: 0547001719
טל. עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל
מיקוד: 4076507



0300303773

הפניה למכון דימות - C.T

ללא החזקרים פטולוגים
אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACKACHE

בעיות ידועות:

- FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE (11/2018)
- APPENDECTOMY (11/2018)
- OBESITY (11/2018)

מעשבת: לא

קוד מב"ר	פרוטוקול ביצוע הבדיקה	בדיקה דרושה
L1039		CT עמוד השדרה צווארי
L1039		CT עמוד שדרה מותני וסקרלי

שאלה לרדיולוג:

לאחר ת.דרכים קשה
כאב ע"ש צווארי

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
15/09/2024	3 חודשים	1.41	Creatinine (B)
15/09/2024	3 חודשים	83	eGFR

שם הרופא: ד"ר ברונשטיין יגאל

תאריך: 30/12/2024

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/12/2024 עד תאריך - 28/06/2025

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

"נא להצטייד בכרטיס מגנטי"

00502
ללא לוחץ תזמון
ללא לוחץ
ללא לוחץ

כתובת: שד נים 2, ראשון לציון (מגדל עסקים עזריאלי ראשונים, קומה 5)

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף	ת.ז.: 300303773
	ת.לדה: 31/01/1987	מין: ז	טלפון: 0547001719
0300303773	כתובת: הגליל 7, אריאל	טל. עבודה/גייד: 0547001719	מיקוד: 4076507

תשובת יועץ

לכבוד:

דד' אוקראינסקי ד'נה

בבדיקה שנעשתה ב: 30/12/2024

עקב: לאחר תדרכים קינטיה קשה
שבר צלעות
כאב עמ"ש מותני / צוואר
טופל - PT

ממצאים: בבדיקה גופנית:
עמ"ש צוואר:

מוטוריקה עדינה - תקינה

טונס - תקין

יציבה - תקינה. תבנית הליכה - יציבה מתקשה הליכת TANDEM

פיזור כאב מתאים ל גירוי שורש - אין //

הפרעה תחושתית אין -

מישוש / ניקוש - אמל
ROM: כיפוף קדימה 50 יישור לאחורה 60 כיפוף לצדדים 45 סיבוב לימין 80 סיבוב לשמאל 80

ספורלינג: שליילי
מבחן ע"ש לרמיט: שליילי
עמ"ש מותני:

יציבה - תקינה

מישוש * ניקוש לארוך עמ"ש - אמל

הקרנת כאב לפי שורש - אין.

הפרעה תחושתית לפי דרמטום - אין

ROM: כיפוף קדימה: 40 יישור לאחורה 25 כיפוף לצדדים 25

כוח גס - תקין כל תחנות 4 גפים כולל הליכה אצבעות / עקבית.

החזר פיקה / אכילס
ללא ערות החזרים או הופמן / בבינסקי
ללא מעורבות פרקי ברך / ירך / SIJ

קק

סיכום: הגבלת תנועת קלה
ערות החזרים
ללא החזקים פטולוגים

תאריך: 01/01/2025

מכבי שירותי בריאות

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

מ.ר. גורם מפנה



טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף
ת.לידה: 31/01/1987	מין: ז
כתובת: הגליל 7, אריאל	טלפון: 0547001719
ת.ז.: 300303773	טל.עבודה/נייד: 0547001719
מיקוד: 4076507	

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/ל לעבוד מיום: 01/01/2025 עד יום: 13/01/2025 סה"כ: 13 ימים.

01/01/2025

תאריך

חתימה וחזותמת הרופא



מכון CT

הנדון: בן קסוס, אסף, ת.ז: 300303773 תאריך לידה: 31/01/1987

דר' נכבד/ה,
הבדיקה בוצעה בתאריך: 04/01/2025

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש צווארי

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
זיזים ניוניים קדמיים קטנים בגובה C4-C5, C5-C6.
הנקבים הנירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטליים והאונקו-ורטברליים הודגמו עם שינויים ארטרוטיים קלים לאורך ע"ש צווארי.
בליטה אחורית קלה של הסחוס הדיסקלי בגובה C2-C3, C3-C4, C4-C5, C5-C6.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש צווארי.

להלן ממצאי בדיקת CT ע"ש מותני

התוויה קלינית: כאבים.

ממצאים:

הגובה של גופי החוליות שמור.
המרווחים הבינחולייתיים שמורים.
הנקבים הנירליים ללא הצריות.
המפרקים הפצטליים הודגמו שמורים לאורך עמוד שדרה מותני.
המפרקים הסקרואיליאקליים הודגמו שמורים.
בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה L4-L5, L5-S1.
אין עדות לסטנוזיס ספינלית לאורך ע"ש מותני.



בברכה,
ד"ר צודיקוב ודים
מומחה לרדיולוגיה אבחנתית
מ ר 24311

הוקלד על ידי: בת חן נדיר
מסמך זה נחתם אלקטרונית

נבדק נכבד,
קריאת המידע הרפואי המצורף ללא ליווי של הרופא המטפל עלולה לגרום להבנת הכתוב באופן שגוי או חלקי. אנא פנה/י לרופא המטפל אשר יסביר לך את משמעות תוצאות הבדיקה.
במידת הצורך, בירורים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,

תעודת זהות: 300303773 תאריך הדפסה: 09/01/2025 עמוד 1 מתוך 2

אנא פנה למוקד אסותא בטלפון 03-7644444

רופא נכבד,

רופאי מכון הדימות באסותא עומדים לשירותך בכל הנוגע לפענוח זה בטלפון 03-7645272 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00
כמו כן ניתן לפנות באמצעות:
דוא"ל DimutCenter@assuta.co.il
פקס 03-7645229
המענה יינתן לפניות של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

רופאי מכבי יכולים לצפות בצילומים בקליקס ע"י בחירה ב מכבי צפיה בצילומי רנטגן בתפריט העליון



מתוך 2

עמוד 2

תאריך הדפסה: 09/01/2025

תעודת זהות: 300303773

מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מסוג



טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

כתובת: שד נים 2, ראשון לציון (מגדל עסקים עזריאלי ראשונים, קומה 5)

ד"ר ברוגשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנבדק:	שם משפחה: בן קסוס	שם פרטי: אסף	ת.ז.: 300303773
ת.ל.ידה: 31/01/1987	מ.י.ז:	טלפון: 0547001719	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507		

תשובת יועץ

לכבוד:

ד"ר אוקראינסקי ז'נה

בבדיקה שנעשתה ב: 10/02/2025

עקב: בביקור בתאריך 30/12/2024 בשעה 18:11:28

לאחר תדרכים קנינית קשה

שבר צלעות

כאב עמ"ש מותני / צווארי

טופל - PT

בביקור בתאריך 10/02/2025 בשעה 17:14:28

CT עמ"ש צווארי / מותני - שינוס OA קלים

ללא ממצא * דורש ניתוח *

ל המשך טיפול שמרני

ממצאים: בביקור בתאריך 30/12/2024 בשעה 18:11:28

בבדיקה גופנית:

עמ"ש צווארי:

מוטוריקה עדינה - תקינה

טונס - תקין

יציבה -תקינה . תבנית הליכה - יציבה מתקשה הליכת TANDEM

פיזור כאב מתאים ל גירוי שורש - אין //

הפרעה תחושתית אין .

מישוש / ניקוש - אמל

ROM: כיפוף קדימה 50 יישור לאחורה 60 כיפוף לצדדים 45 סיבוב לימין 80 סיבוב לשמאל 80

ספורלינג: שלילי

מבחן ע"ש לרמיט: שלילי

עמ"ש מותני:

יציבה -תקינה.

מישוש * ניקוש לארוך עמ"ש - אמל

הקרנת כאב לפי שורש - אין.

הפרעה תחושתית לפי דרמטום - אין

ROM: כיפוף קדימה: 40 יישור לאחורה 25 כיפוף לצדדים 25

כוח גס - תקין כל תחנות 4 גפים כולל הליכה אצבעות / עקבית.

החזרי פיקה / אכילס

מ.ר. גורס מפנה



029186



מכבי שירותי בריאות

03-9408888 :טלפון

03-9408886 :079

כתובת:

כתובת: שד נים 2, ראשון לציון (מגדל עסקים עזריאלי ראשונים, קומה 5)

ד"ר ברונשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

פרטי הנובדק:

שם משפחה: בן קסוס



0300303773

ת.לידה:

31/01/1987

מִיָּז:

שם פרטי: אסף

300303773 :r.n

טל. עבודה/נייד: 0547001719

0547001719

טלפון:

מיקוד 4076507

תשובת יועץ

ללא ערות החזרים או הופמן / בבינסקי
ללא מעורבות פרקי ברך / ירך SLJ

PP

סיכום: הגבלת תנועת קלה

ערוך החזרים
ללא תשלום

ללא החזקרים פטולוגים

בבית דין בתאריך 10/02/2025 בשעה 17:14:28
המשפט טיפול שמרני -

המשך טיפול שמרני -

פזיותרפיה / רפואה משלימה/ בהמשך: HYDROTHERAPY
פעילות ספורט - תכנית

המחלקה י"ש לשקול : יעוץ מרפאת כאב
בהמשך

דיון ואבחנה מبدלת:

בבית דין בתאריך 10/02/2025 בשעה 17:14:28

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACKACHE

סיכום והמלצות:

10/02/2025

תאריך

חתימה וחוקמת הרופא

מס' תשלום: 20500.0, ת.ד. 29186, ת.מ.

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 41 עד 41)



תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים) התשמ"ו – 1986

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 25/

בבית משפט השלום
בנתניה

אסף בן קסוס - נגד - wesure חברה לביטוח בע"מ

התובע, אסף בן קסוס, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורתופדי, לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת המרכז הרפואי "מאיר" ובמסגרת קופת החולים מכבי.

העתקי סיכום מחלת התובע מתוך תיק המוסד הרפואי שבו הוא מטופל מצורפים לכתב התביעה.

כן, צורפו לכתב התביעה מסמכים רפואיים שנערכו לצורך הטיפול הרפואי שניתן לתובע ושיש בהם ראיה על הנכות שהוא טוען לה.



אריאל פריינדל, עו"ד
ב"כ התובע

נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 43 עד 45)



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	12 קסוס	שם פרטי	פול	תעודת זהות	300303773	שם האב	אליה
רחוב	ה'ל	מס'	7	מיקוד	4076507	טלפון	0547001719

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 ממוסדותיהם, 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 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: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 3.3.25 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____
מס' דשיון: 62254

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, פולין / קמס
 ת.ז. מס' 300303775 מרחוב הא"ל ד, אהל 4076507
 ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או _____ להיות באי כוחי במשפט של
 נגד _____ בענין תאונת דרכים מיום _____
 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 בהעדרך.
12. להופיע בשמי ולעגני 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 רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם 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 3 לחודש 3 שנה 2025

חתימה:  X



עו"ד אריאל פריינד
מס' רשיון: 62254

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין