

## קבלת לקוח

תאריך פתיחת התיק : 7.7.22

מפנה :

שם הלקוח : עומר רוסו

תאריך לידה : 5.10.02 – בן 19 במועד התאונה

ת.ז. : 213479934

מצב משפחתי : רווק

כתובת : שרירא שמואל 3, ראשון לציון

טלפונים : 0549111320

**תאריך התאונה :** 4.4.22 – תאונה עם רכב מעורב – פגיעות ראש  
צוואר וגב

**בית החולים שבו טופל הלקוח :** שמיר – אסף הרופא

**עזרת הזולת :**

**תאונת עבודה : לא**

**חוקרים :** נאמר ללקוח

פרייברג | רסקין  
עורכי דין



פקס: 03-9060121

|

טלפון: 03-9060120

|

מען: יעבץ 1, פתח תקווה 4925422 ת.ד. 7022

דוא"ל: igal@jr-law.co.il

תאריך:

אל:

מאת:

הנדון:

לא אורב כראש

שק"ץ דשא חזון - גלגל

וגר צב - גוססות איגוד"מ -

הרצאות איגוד יז' וליא

צה"ל - התנדבות

דגרוג, גלגל - בינוי - 90+

הגדרה כאל דרג

כתב - חקירה חלוצה

לא היגאל/מג כדור

תאריך חתימת המסמך: 29.12.22

**התובע:** **עומר רוטו, ת"ז 213479934**  
מרחוב מבוא בשמת 3, ירושלים  
טלפון: 054-2589385

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: [frei.ariel@gmail.com](mailto:frei.ariel@gmail.com)

– נ ג ד –

**הנתבעת:** **מגדל, חברה לביטוח בע"מ**  
מרחוב היצירה 2, קרית אריה, ת.ד. 3063  
פתח תקווה 4951228  
טל': 03-9201010 דוא"ל: [tiviothova@migdal.co.il](mailto:tiviothova@migdal.co.il)

### כתב תביעה

סוג התביעה ונושאה: פל"ת

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

סכום האגרה: 726 ₪ (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 5.10.2002, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 12-18139 (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 וטופס הודעה על תאונה, 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, בן 19 במועד התאונה, נפגע בגופו, 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 4.4.22, בשעה 16:30 או בסמוך לכך, ברחוב לוי אשכול, בראשון לציון, היה הרכב מעורב בתאונה והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים אסף הרופא, בצריפים, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב ובחזה, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב טופל במסגרת קופת החולים, ניתנו לו ימי מחלה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי ולביצוע טיפולי פיזיותרפיה כמו גם נטילת תרופות לשיכוך כאב.
10. נוכח החמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב, הוחלט להפנות את התובע לביצוע בדיקת MRI, המשך חופשת מחלה, טיפולי פיזיותרפיה ונטילת משככי כאבים.

11. נוכח הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר הוחלט על ידי האורתופד המטפל על הפניית התובע לביצוע טיפולי רפואה משלימה, מנוחה ונטילת משככי כאבים.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב, מקושי בעמידה, הליכה ושיבה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה מקושי בביצוע פעולות יומיומיות, מקושי בהירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עסק במועד התאונה בתחום האונליין פייננס והמתין לתחילת לימודיו האקדמיים. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו ולימודיו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן ונגרמו לו הפסדי שכר.

14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.

15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

### חלק 3

16. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

- |          |                                               |
|----------|-----------------------------------------------|
| 80,000 ₪ | (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר –               |
| 12,250 ₪ | (2) עזרת הזולת בעבר –                         |
| 8,600 ₪  | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –    |
| 10,250 ₪ | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - |

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 מוגברות בעתיד.

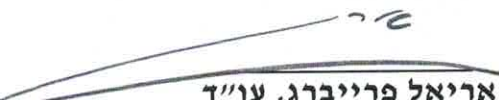
(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

18. 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

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 1010 213429934 מס' מרחוב עירא עאל 3, ימין 1010 ל'נין  
ת.ז. מס' 213429934 את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 4.4.22  
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 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.

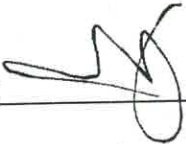
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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 27 לחודש 12 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פרי  
מס' רשיון: 62254

  
עורך-דין

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|            |                    |              |              |
|------------|--------------------|--------------|--------------|
| <u>101</u> | <u>213479934</u>   | <u>2012</u>  | <u>101</u>   |
| שם משפחה   | שם פרטי            | תעודת זהות   | שם האב       |
| <u>3</u>   | <u>אישון / כין</u> | <u>מיקוד</u> | <u>טלפון</u> |
| רחוב       | מס'                | עיר          | מס'          |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו 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 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: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 27.12.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. ש"ד אריאל פריינברג חתימה: \_\_\_\_\_  
מס' רשיון: 62254 במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) X \_\_\_\_\_

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

**תצהיר**

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ \_\_\_\_\_ 10/10/86 בעל ת.ז. 213479934 התובע בתיק \_\_\_\_\_ בבית (ה) משפט \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

|       |        |       |               |       |
|-------|--------|-------|---------------|-------|
| _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

|       |         |       |               |       |
|-------|---------|-------|---------------|-------|
| _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| _____ | הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

X   
חתימה

**אישור**

אני הח"מ עו"ד 10/10/86 מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 21.12.86 הופיעה בפני 10/10/86 (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 213479934 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עו"ד אריאל צבי  
מס' רישום: 62254  
חתימת עורך הדין

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין 7033001  
מסוק לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת תל אביב

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7033001  
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University  
www.shamir.org



המרכז  
הרפואי  
שמיר



מחלקה לרפואה דחופה  
מ"מ מנהל מלר"ד: ד"ר גל פחיס  
אח/ת אחראי/ת: נטלי כרדי  
טל: 08-9779911 פקס: 08-9779919

### \*\*\*סודי רפואי\*\*\*

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממש לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם לחוראות החוק. מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה. מכתב זה מכל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בדאגה להבטחת רצף טיפולי

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: רוטו                           | ת. לידה: 05/10/2002 גיל: 19 |
| שם פרטי: עומר                            | ת. זהות: 213479934 מין: זכר |
| כתובת: שרירא שמואל 3 ראשון לציון 7538105 | מצב משפחתי: רווק/ה 0        |
| טלפון: 054-9111320                       | שם האב: דודן יש שם האם:     |
| זמן קבלה: 18:02 04/04/2022               | קופ"ח כללית                 |
| זמן פתיחת גיליון: 18:19 04/04/2022       | מספר מקרה: 11820437         |
| זמן שחרור: 22:28 04/04/2022              |                             |

### סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

### אבחנות במלרד

| אבחנה                                  | קוד    | צד | תאריך      | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|----------------------------------------|--------|----|------------|-------|-----|-----|-----|
| CERVICALGIA                            | 723.1  |    | 04/04/2022 | ✓     |     |     |     |
| LATE EFFECTS OF MOTOR VEHICLE ACCIDENT | E929.0 |    | 04/04/2022 |       |     |     |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אופן הגעה למלרד

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני

דרך הגעה: מלווה

מלווה: הורה

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: ממתין

בדיקת רופא ראשונית

בן 19, בריא בד"כ.

לדבריו, היה מעורב היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי, ללא פתיחת כריות אוויר, ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמו מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. כעת מלין על כאב צוואר. בנוסף מתאר חבלת ראש וחזה.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועת צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, קיימת רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר והשכמות.

כח תחושה ומוטוריקה שמורים בפיזור C5-T1.

כיפוף ויישור גב מלאים, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני.

טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

\*\*\*חשוי רפואי\*\*\*

המשך מכתב: 213479934 עומר רוטו

צילום: ללא ממצא חריף.

לאור כאבים בחזה ובראש עם חבלת ראש הומלץ על ייעוץ כירורג אך המטופל סרב לחסות. הוחתם על טופס סירוב.

טופל בנוגדי כאב.

משתחרר עם ההמלצות הבאות:

## סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים במנגנון הצלפת שוט.

משתחרר עם ההמלצות הבאות:

## המלצות בשחרור

המלצה: -מנוחה יומיים

-שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1g עד 3 פעמים ביום לפי הצורך  
 -בהחמרה בכאב, חסר תחושות או מוטורי או כל החמרה אחרת, יש לפנות לרופא  
 -קומפרסים חמים לצוואר/גב  
 -המשך מעקב רופא מטפל  
 -בהמשכות הכאב מעל לשבוע יש לפנות לאורתופד בקופ"ח.  
 -בירור כירורג בשאלה של חבלת ראש בקהילה.

## טיפול תרופתי במלרד

| תרופה                                   | תזמון מהוראה | תאריך ושעה                                    | צורת מינון ומינון |
|-----------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| OPTALGIN DRP 500MG/1ML 10ML DRP 1000 mg | Once         | 18:32 04/04/2022<br>לבובסקי נסליה מ.ר. 176061 | DRP 1000 mg PO    |
| PERCOCET TAB 5MG TAB 1 TAB              | Once         | 21:57 04/04/2022<br>אלמקיס דניאל מ.ר. 225799  | TAB 1 TAB PO      |

## מדדים אחרונים

| BP     | P  | T    | SAT |
|--------|----|------|-----|
| 104/63 | 92 | 36.8 | 99  |

## ציוני אומדנים - אומדן כאב מבוגרים

| אומדן | תאריך          | ציון | משמעות  |
|-------|----------------|------|---------|
| NRS   | 04/04/22 18:33 | 9    | כאב חזק |

## חתימת רופא

| זמן חתימה        | תפקיד                | שם החותם                     |
|------------------|----------------------|------------------------------|
| 04/04/2022 22:28 | רופא/ה מורשה/ת שחרור | ד"ר בן יהודה עמר מ.ר. 153505 |



שם הרופא: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
 תחום: אורתופדיה  
 מספר רשיון: 24373  
 כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
 טלפון: 03-9681888  
 פקס: 03-9681842  
 מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

תאריך 12/04/2022

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

| רשיון עומד        | 00-21347993-4 | 19.06  | ז     | 05/10/2002   | דורון ישי    |
|-------------------|---------------|--------|-------|--------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | מין   | ת. לידה      | שם האב       |
| ראשון לציון       | 31 / 3        | 3      | 31    | 54 - 4911132 | 54 - 4512865 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית | טלפון | טלפון נוסף   |              |

תאריך תאונה 04/04/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 12/04/2022  
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
 מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
 בדיקה גופנית: רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נוריסקולרי תקין

| קוד  | אפיין | אבחנה           |
|------|-------|-----------------|
| 8470 |       | WHIPLASH INJURY |
| 7242 |       | LOW BACK PAIN   |

## תרופות בביקור

| תרופה                       | מנה | הגשה | יחידה  | פ | סה"כ | משך D | OP | נ     | ק | ה | עד | מ | P |
|-----------------------------|-----|------|--------|---|------|-------|----|-------|---|---|----|---|---|
| ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG | 1   | TAB  | טבליות | 1 | D    | 20    | 20 | יחידה | N | 0 |    | 1 | W |
| ROKACET PLUS CAP (D) CF     | 1   | CPL  | קפליט  | 3 | D    | 20    | 60 | יחידה | N | 0 |    | 1 | W |

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                       |
|-------|------|----------|--------------|-----|-----------------------------|
|       |      |          |              |     | ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG |
|       |      |          |              |     | ROKACET PLUS CAP (D) CF     |

| אישור      | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | 11  | 04/04/2022 | 30/04/2022 | הודפס |

בברכה,

  
 חתימה וחזמת הרופא

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

מס' רשיון

שם הרופא



שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
 תחום אורתופדיה  
 מספר רשיון 24373  
 כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
 טלפון 03-9681888  
 פקס 03-9681842  
 מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

12/04/2022 תאריך

## אישור מחלה

|                   |               |           |            |
|-------------------|---------------|-----------|------------|
| פרטי המטופל       |               | רוסו עומר |            |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל       | ת. לידה    |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-21347993-4 | 19.06     | 05/10/2002 |
| ראשון לציון       | מס זהות       | מין       | דורון ישי  |
| ישוב              | 3 / 31        | מין       | שם האב     |
| רחוב              | מס בית        | טלפון     | טלפון נוסף |
| שירא שמואל        | מס בית        | טלפון     | טלפון נוסף |
| 54                | 54            | 54        | 54         |
| 54                | 54            | 54        | 54         |

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 04/04/2022 עד תאריך 30/04/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 27

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

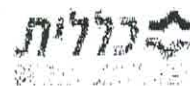
דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

אישור מחלה

12/04/2022 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 00-21347993-4

רוסו עומר



## הזמנה

|              |                                    |            |            |
|--------------|------------------------------------|------------|------------|
| שם הלקוח:    | עומר רוטו                          | מספר זהות: | 21347993-4 |
| מועד הביקור: | 26/04/22 יום ג' כ"ה ניסן תשפ"ב     | שעה:       | 17:00      |
| שם הרופא:    | רובינשטיין אלכסנדר                 | מקצוע:     | אורתופדיה  |
| מרפאה:       | פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון | טלפון:     | 03-9681888 |
| כתובת:       | יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  |            |            |
| אוטובוסים:   | 85,14                              |            |            |

**הנחיות:** אם אין באפשרותך להגיע, אנא בטל/י את התור לפחות יום אחד לפני המועד שלו.

שימו לב! להגעה לכתובת המדויקת יש לרשום ב-Waze את הכתובת: יהודה לייב 31 ראשון לציון ללא שם המרפאה "פינסקר". הכתובת מדויקת גם להגעה ברגל.  
ילדים עד גיל 18 חייבים להגיע בליווי מבוגר.  
הבדיקה כרוכה בתשלום.

תאריך הדפסה: 12/04/2022 18:26:37



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

תאריך 10/05/2022

### הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |               |              |              |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | רוסו עומר    |              |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-21347993-4 | 19.07        | 05/10/2002   |
| מס זהות           | גיל           | ז            | דורון ישי    |
| שם האב            | שם האב        | ת. לידה      | שם האב       |
| ראשון לציון       | 3 / 31        | 54 - 4911132 | 54 - 4512865 |
| ישוב              | מס בית        | טלפון        | טלפון נוסף   |
| רחוב              |               |              |              |

תאריך תאונה 04/04/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061852012

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061852012

תז נבדק



0213479934

רשיון רופא



024373

## שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | 80015       |

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה: תלונות / סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022: חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

## תרופות קבועות

| תרופות                          | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|---------------------------------|------|---------|-------|------|
| TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG | 1    | טבליות  | 1     | ביום |

ממצאים קליניים: בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022: רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין  
10/05/2022: ללא שינוי

חתימה וחותמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לפיזיותרפיה

00-21347993-4 הדפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

רוסו עומר



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

10/05/2022 תאריך

### הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                   |               |              |              |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|
| פרטי המטופל       |               | רוסו עומר    |              |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-21347993-4 | 19.07        | 05/10/2002   |
| מס זהות           | גיל           | ז            | דורון ישי    |
| שם הרופא שמואל    | 3 / 31        | 54           | שם האב       |
| ראשון לציון       | מס בית        | 54 - 4911132 | 54 - 4512865 |
| ישוב              | רחוב          | טלפון        | טלפון נוסף   |

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061852010

מספר הפניה:

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061852010

תז נבדק



0213479934

רשיון רופא



024373

לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

| קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי                                   | שירות רפואי |
|-----------|-----------|-----------------------------------------------|-------------|
| 80015     | 97001     | פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים | רפואי       |
|           |           |                                               | 80015       |

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022: חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

תרופות קבועות

| תרופות                          | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|---------------------------------|------|---------|-------|------|
| תרופות                          | 1    | טבליות  | 1     | ביום |
| TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG |      |         |       |      |

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022: רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין  
10/05/2022: ללא שינוי

חתימה וחומת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

7 ה.ר.

הפניה לפיזיותרפיה

רוסו עומר

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 1

00-21347993-4 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

10/05/2022 תאריך

## אישור מחלה

פרטי המטופל

|              |              |     |        |               |                   |
|--------------|--------------|-----|--------|---------------|-------------------|
| דורון ישי    | 05/10/2002   | ז   | 19.07  | 00-21347993-4 | רסו עומר          |
| שם האב       | ת. לידה      | מין | גיל    | מס זהות       | שם משפחה ושם פרטי |
| 54 - 4512865 | 54 - 4911132 |     | 3 / 31 |               | שרירא שמנאל       |
| טלפון מסף    | טלפון        |     | מס בית |               | ראשון לציון       |
|              |              |     |        |               | ישוב              |

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

| סובל מ | קוד   | איפיון | אבחנה                                         |
|--------|-------|--------|-----------------------------------------------|
|        | 79989 |        | DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD |

מומלץ על מנוחה מתאריך 01/05/2022 עד תאריך 31/05/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 31

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

אישור מחלה

00-21347993-4 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 10/05/2022

רסו עומר



שם הרופא: ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
 תחום: אורתופדיה  
 מספר רשיון: 24373  
 כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
 טלפון: 03-9681888  
 פקס: 03-9681842  
 מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון מחוז: מרכז

10/05/2022 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

| רוסו עומר         | 00-21347993-4 | 19.07 | ז       | 05/10/2002 | דורון ישי |
|-------------------|---------------|-------|---------|------------|-----------|
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל   | מין     | ת. לידה    | שם האב    |
| ראשון לציון       | 31 / 3        | 54    | 4911132 | 54         | 4512865   |
| ישוב              | מס בית        | טלפון | טלפון   | טלפון      | טלפון     |
| שירא שמאל         | רחוב          |       |         |            |           |

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/05/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 04/04/2022

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022:  
 חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
 10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:  
 רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין  
 10/05/2022: ללא שינוי

| קוד  | איפיון | אבחנה           |
|------|--------|-----------------|
| 8470 |        | WHIPLASH INJURY |
| 7242 |        | LOW BACK PAIN   |

| הפניות            | פרטי ההפניה               | קוד | התחייבות | סטטוס |
|-------------------|---------------------------|-----|----------|-------|
| הפניה לפיזיותרפיה | 80015-פיזיותרפיה אבחון וב | H9  |          | הודפס |
| הפניה לפיזיותרפיה | 80015-פיזיותרפיה אבחון וב | H9  |          | הודפס |

## תרופות בביקור

| תרופה                       | מנה | הגשה | יחידה  | פ | D | משך | סה"כ | OP    | נ | ק | ח | עד | P | מ |
|-----------------------------|-----|------|--------|---|---|-----|------|-------|---|---|---|----|---|---|
| BREXIN 20MG (M) TAB 20MG    | 1   | TAB  | טבליות | 1 | D | 20  | 20   | יחידה | N | 0 | 0 |    | 1 | W |
| TRAMADOL OD 100MG TAB 100MG | 1   | TAB  | טבליות | 1 | D | 20  | 20   | יחידה | N | 0 | 0 |    | 1 | W |

| תאונה | נר"ן | ת. אישור | טיפול מחזורי | עין | תרופה                       |
|-------|------|----------|--------------|-----|-----------------------------|
|       |      |          |              |     | BREXIN 20MG (M) TAB 20MG    |
|       |      |          |              |     | TRAMADOL OD 100MG TAB 100MG |

| אישור      | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | 11  | 01/05/2022 | 31/05/2022 | הודפס |

בברכה,

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

סיכום ביקור

רוסו עומר

10/05/2022

00-21347993-4 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

תעודת זהות: 10105/2022

המרכז הרפואי לבית מרקחת

גיל: 19.07 מין: ז

רוסו עומר

מס' זהות: 00-21347993-4

ביקור עקב תאונת דרכים

BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

000048845

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 09/08/2022 - 10/05/2022

בזכר

TRAMADEX OD 100MG TAB 100MG

000044035

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 09/08/2022 - 10/05/2022

בזכר

מס' רישיון



024373

טלפון: 03-9681888

כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

תחום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*



|          |                                    |            |            |
|----------|------------------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר אלכסנדר רובינשטיין             | מספר רשיון | 24373      |
| תחום     | אורתופדיה                          | טלפון      | 03-9681888 |
| כתובת    | יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  | פקס        | 03-9681842 |
| מרפאה    | פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון | מחוז       | מרכז       |

תאריך: 12/07/2022

## הפניה לדימוס

|              |                 |           |             |             |             |       |      |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------|------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מס זהות:    | 00213479934 | גיל:        | 19.09 | מין: | ז |
| ת.ל.ידה:     | 05/10/2002      | ישו:      | ראשון לציון | רחוב:       | שרירא שמואל |       |      |   |
| מס בית:      | 3 / 31          | טלפון:    | 54-4911132  | טלפון נוסף: | 54-4512865  |       |      |   |

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061018979

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



ביום הבדיקה, בא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימוס כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה. נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים. לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימוס. נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

## שירות שנבחר

שירות רפואי  
10306025

תאריך רפואי

קוד מזה"ב  
72146 ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה גביקוד שירות  
78548

המטופל מתלונן על:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022:  
חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
12/07/2022: מציין החמרה בכאבים

ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:  
רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין  
10/05/2022: ללא שינוי  
12/07/2022: רגישות בגב עליון עם הגבלה קשה בתנועות, רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. צוואר ללא הגבלה בתנועות. מוגבל בתנועות כתפיים עקב החמרה בכאבי גב עליון. נירוסקולרי תקין

## אבחנה משוערת

| אבחנה           | איפיון | קוד  |
|-----------------|--------|------|
| WHIPLASH INJURY |        | 8470 |
| LOW BACK PAIN   |        | 7242 |
| BACKACHE        |        | 7245 |

דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב- 10/05/2022:  
הפניה לפיזיותרפיה - 80015-פיזיותרפיה אבחון וב-  
פיזיותרפיה אבחון וב-  
12/07/2022

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

24373

חתימה וחותמת ברופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.



|          |                                    |            |            |
|----------|------------------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר אלכסנדר רובינשטיין             | מספר רשיון | 24373      |
| תחום     | אורתופדיה                          | טלפון      | 03-9681888 |
| כתובת    | יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  | פקס        | 03-9681842 |
| מרפאה    | פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון | מחוז       | מרכז       |

תאריך: 12/07/2022

## אישור מחלה

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| פרטי המטופל:    |              |
| שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר    |
| ת.לידה:         | 05/10/2002   |
| מס בית:         | 3 / 31       |
| מס זהות:        | 00213479934  |
| רחוב:           | שרירא שמנאל  |
| טלפון מסך:      | 54-4512865   |
| גיל:            | 19.09 מין: ז |

תאריך תאונה 04/04/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

סובל מ: **קוד** 79989 **איפיון** **אבחנה**

DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/06/2022 עד תאריך: 31/08/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 92

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחוקת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

אישור מחלה

12/07/2022

הודפס ע"ד ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



מספר רשיון 24373  
טלפון 03-9681888  
פקס 03-9681842  
מחוז מרכז

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
אורתופדיה  
יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 12/07/2022

## הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|                  |                   |                   |                        |                        |        |
|------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------------|--------|
| שם המטופל:       | שם משפחה ופרטי:   | רוסו עומר         | מס זהות: 00213479934   | גיל: 19.09             | מין: ז |
| תלדה: 05/10/2002 | ישוב ראשון לציון  | רחוב: שרירא שמואל | טלפון מספר: 54-4911132 | טלפון מספר: 54-4512865 |        |
| מס בית: 3 / 31   | טלפון: 54-4911132 |                   |                        |                        |        |

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061018980

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061018980

תז נבדק



0213479934

רשיון רופא



024373

## שירות שנבחר

שירות רפואי  
80015

תיאור רפואי

97001 פפיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

80015

אבחנה משוערת

BACKACHE

תלונות / סיבת הפניה תלונות / סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022

חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון  
12/07/2022: מציין החמרה בכאבים

## תרופות קבועות

| תרופות                          | כמות | א.המשה | פעמים | ביום |
|---------------------------------|------|--------|-------|------|
| TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG | 1    |        | 1     | 1    |

## ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:  
רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין  
10/05/2022: ללא שינוי  
12/07/2022: רגישות בגב עליון עם הגבלה קשה בתנועות, רגישות בגב תחתון עם  
הגבלה ביונית בתנועות. צוואר ללא הגבלה בתנועות. מוגבל בתנועות כתפיים  
עקב החמרה בכאבי גב עליון. נירוסקולרי תקין

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה ופחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת דימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעליה.

חתימה ופחותמת הרופא  
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
03-9681888  
03-9681842

7.ה.ר

הפניה לפיזיותרפיה

רוסו עומר

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1

12/07/2022

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934



012061013335

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

מין: ז' גיל: 49.09

רוסו עומר

מס' זהות: 00213479934

ביקור עקב תאונת דרכים

## ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

999003774

(ARCOXIA 90MG (M) (14) TAB, ETORICOXIB (M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB-TRIMA(M) TAB 90MG 14, ARCO-TEVA(M) TAB 90MG 14, ETORICOXIB TARO TAB 90MG(M) 14)

למשך 14 ימים סה"כ 14 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 11/10/2022 - 12/07/2022

## TRAMADEX OD 200MG TAB 200MG

000047648

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 11/10/2022 - 12/07/2022

מס' רישיון



024373

טלפון: 03-9681888

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

תחום: אורתופדיה

בידיעתי, במידה וקיים פריט גנרי, מורשה בית המרקחת לספק תרופה גנרית זהה שאושרה על ידי הקופה

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

שירותי בריאות כללית - מחוז מרכז

אגף מחשוב ומערכות מידע

תאריך: 12/07/2022

שעה: 18:26

דף: 1

הזמנה לרופא יועץ

מספר זהות: 21347993

רוסו

שם: עומר

אורתופדיה

רופא: רובינשטיין אלכסנדר - אורתופדיה

| תאריך      | יום | שעה   | מס. חדר |
|------------|-----|-------|---------|
| 16/08/2022 | ג   | 18:00 | 1       |

שימו לב! להגעה לכתובת המדויקת יש לרשום ב-Waze את הכתובת: יהודה לייב 31 ראשון לציון ללא שם המרפאה "פינסקר". הכתובת מדויקת גם להגעה ברגל... ילדים עד גיל 18 חייבים להגיע בליווי מבוגר... הבדיקה כרוכה בתשלום...

03-9681888

אם אינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון:

יהודה לייב 31 ראשון לציון  
14,85,

כתובת המרפאה:  
אוטובוסים:

הנך מתבקש/ת להצטייד בכרטיס מגנטי ולהקפיד על שעת ההזמנה.  
נא בדוק/י אם הנך חייב/ת בתשלום, לפני כניסתך לרופא/קבלת שרות.

- סוף -

מספר תיק: 183894 / 2022  
מזהה מסמך: M162352493



## טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

מספר תיק פלא: 183894/2022  
סיווג תיק: ת.ד., כללי  
מס' מסמך בתיק: א  
תאריך: 11/04/2022, י' ניסן תשפ"ב, 11:53

יחידה: תחנת ראשון לציון שפלה  
כתובת: זבטינסקי 106, ראשון לציון  
טלפון:  
פקס:

### כלל המעוניין

1. תאריך התאונה: 04/04/2022 בשעה: 18:30

2. מקום התאונה:

ראשון לציון לוי אשכול בכביש עירוני

הערות מקום:

### 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

|            |         |             |                |           |            |
|------------|---------|-------------|----------------|-----------|------------|
| מספר רכב   | 1218139 | סוג רכב     | פרטי נוסעים    | תוצר רכב  | פיאט פולין |
| חברת ביטוח | מגדל    | מספר פוליסה | 04251636498 22 | סוג לוחית | ישראלית    |

מעורבים ברכב:

|             |           |           |            |                       |                         |              |
|-------------|-----------|-----------|------------|-----------------------|-------------------------|--------------|
| שיוך המעורב | ת.ז.      | שם מלא    | שנת לידה   | כתובת                 | קופ"ח / בית חולים       | חומרת הפגיעה |
| נהג         | 213479934 | רוסו עומר | 05/10/2002 | ראשל"צ, שרירא שמואל 3 | אסף הרופא/שמיר - צריפין | קלה          |

פרטי הרכב:

|            |         |             |             |           |            |
|------------|---------|-------------|-------------|-----------|------------|
| מספר רכב   | 3457552 | סוג רכב     | פרטי נוסעים | תוצר רכב  | קיה קוריאה |
| חברת ביטוח |         | מספר פוליסה |             | סוג לוחית | ישראלית    |

מעורבים ברכב:

|             |          |                 |            |                  |                   |              |
|-------------|----------|-----------------|------------|------------------|-------------------|--------------|
| שיוך המעורב | ת.ז.     | שם מלא          | שנת לידה   | כתובת            | קופ"ח / בית חולים | חומרת הפגיעה |
| בעל שליטה   | 53341905 | מור חיים בנימין | 12/03/1955 | ראשל"צ, ויניק 34 |                   |              |

### 4. פרטי הולכי רגל:

### 5. כמות נפגעים

כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בוקירה מתאריך: 11/04/2022

### פרטי המטפל בתיק

מ"א: 1065184 שם משפחה: כו שם פרטי: מרב

### פרטי השוטף המוסר

מ"א: 1065184 שם משפחה: כו שם פרטי: מרב

דרגה: רסב

אחראי תאונה

2202-11-11

חתימה

אחראי תאונה

סיוני 9 קסט

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| שם הסוכן            | חברת ביטוח            |
| תביעה               | מגדל חברה לביטוח בע"מ |
| מספר פוליסה         |                       |
| מספר פניה באינטרנט: |                       |

יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר ויעיל בתביעתך.  
יתכן כי בעת הטיפול בתביעה ידרשו מסמכים נוספים



הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## הודעה ראשונית על תאונת דרכים

טופס מספר 956

☒ תביעה לפוליסה/הודעה בלבד ☐ אי הגשת תביעה

| א. פרטי המבוטח                                                                                                                                          |          |                      |            |       |           |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|------------|-------|-----------|-------------|
| מספר זהות                                                                                                                                               | שם משפחה | שם פרטי              | תאריך לידה | מין   | מספר דואר | מספר טלפון  |
| 057318610                                                                                                                                               | רוסל     | מירוסל               | 8/9/61     | נ     | 7538106   | 054-4512966 |
| כתובת (רחוב)                                                                                                                                            | מספר בית | מספר דירה            | תא דואר    | מיקוד |           |             |
| כאסר 9                                                                                                                                                  | 3        | 1                    |            |       |           |             |
| מספר טלפון                                                                                                                                              | פקס      | כתובת דואר אלקטרוני  |            |       |           |             |
| 054-4512966                                                                                                                                             |          | mirarussos@gmail.com |            |       |           |             |
| באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעה אליך בדבר התביעה: <input type="checkbox"/> פקס <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר |          |                      |            |       |           |             |
| הבאי למשלוח ההודעות באמצעות כתובת דואר אלקטרוני, הינו מסירת טלפון יידי עדכני ותקין                                                                      |          |                      |            |       |           |             |

| ב. פרטי כלי רכב                               |                                                                                                                                                                     |                       |          |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| מספר רישון                                    | סוג הרכב                                                                                                                                                            | שם שכן                | שנת יצור |
| 1218139                                       | <input checked="" type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> משא <input type="checkbox"/> קטנוע <input type="checkbox"/> אופנוע | סיוני                 | 2016     |
| מיקומו הנוכחי של הרכב (רחוב, מספר בית, יישוב) | שם איש קשר במקום המצאו של הרכב                                                                                                                                      | מספר טלפון של איש קשר |          |
| כאסר 9                                        | מירוסל                                                                                                                                                              | 054-4512966           |          |

| ג. פרטי הנהג בעת האירוע |                  |                 |             |         |                      |             |
|-------------------------|------------------|-----------------|-------------|---------|----------------------|-------------|
| מספר זהות               | שם משפחה         | שם פרטי         | תאריך לידה  | מין     | כתובת דואר אלקטרוני  | מספר טלפון  |
| 213419934               | רוסל             | מירוסל          | 5/10/63     | נ       | mirarussos@gmail.com | 054-4512966 |
| כתובת (רחוב)            | מס' בית          | יישוב           | מספר טלפון  | מיקוד   |                      |             |
| כאסר 9                  | 3                | כאסר 9          | 054-4512966 | 7538106 |                      |             |
| מספר פקס                | מספר רישון נהיגה | שנת הוצאת רישון |             |         |                      |             |
|                         | 1961240          | 2020            |             |         |                      |             |

| ד. פרטי האירוע                                                                                                                                                                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| תאריך אירוע                                                                                                                                                                       | שעה משוערת |
| 4/4/22                                                                                                                                                                            | 16:30      |
| סוג הנסיעה                                                                                                                                                                        |            |
| <input checked="" type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> מונית                                                                       |            |
| תיאור של מקום האירוע - כתובה מלאה או פרטי כבישים ואז צמתים:                                                                                                                       |            |
| באחורי ג'יון רח' מור תחנה סמוכה סמוכה תחנה סמוכה                                                                                                                                  |            |
| סוג הרכב                                                                                                                                                                          |            |
| <input checked="" type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> משא <input type="checkbox"/> קטנוע <input type="checkbox"/> אופנוע               |            |
| תיאור האירוע:                                                                                                                                                                     |            |
| אצבעתי ספני סלולרית חניה ורכב ג'יון                                                                                                                                               |            |
| ה' סלולרית                                                                                                                                                                        |            |
| במידה והרכב נפגע כתוצאה ממפגע בדרך (שמן, בור בכביש וכו'), נא לציין פרטים מלאים:                                                                                                   |            |
| תיאור הנזק לרכב המבוטח:                                                                                                                                                           |            |
| הרכב שלי נפגע בלחיצת סלולרית סמוכה ברכב ימין                                                                                                                                      |            |
| נשבר הסלולר וקרע סלולרית וסלולרית סלולרית                                                                                                                                         |            |
| האם הרכב שימש בעת תאונת הדרכים להסעת נוסעים בשכר, לרבות באמצעות שירותי אפליקציה להסעת נוסעים של טלפונים חכמים? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |            |
| האם משטרת ישראל התערבה באירוע? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, במידה וכן, נא צרף אישור משטרה.                                                 |            |



010019560103310718

עמוד 1 מתוך 3 דפים

קוד מסמך 1



**ו. פרטי צד ג'**

|                         |                                                                           |                |                                             |                  |                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|------------------|-----------------|
| מספר רישוי              | סוג הרכב                                                                  | שם חברת הביטוח | מספר פוליסה                                 | שם סוכן          | מספר טלפון סוכן |
| 3457552                 | קל <input checked="" type="checkbox"/> מעל 4 טון <input type="checkbox"/> | 865            | 2-9442552-00                                | מלך סוכנות ביטוח |                 |
| מספר זהות - נהג / מבוסס | שם משפחה                                                                  | שם פרטי        | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |                  |                 |
| 316042150               | דנו חיים                                                                  | דניאל          | 9880009 וויק 44                             |                  |                 |

רשום מה הנזק שנגרם לצד ג' (אנשים, כלי רכב, נכסים):

מי לדעתך אחראי לתאונה?

צד ג' ☒ מלא ☐ חלקי ☐ לא ידוע

מוקד הפגיעה ברכב צד ג':

1. ☐ חלק אחורי של הרכב

2. ☐ גחון הרכב (מרכז תחתון)

3. ☒ חזית הרכב

4. ☐ צד ימין

5. ☐ צד שמאל

6. ☐ גג

**ז. פרטי עדים**

| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | כתובת | מספר טלפון נייד |
|-----------|----------|---------|-------|-----------------|
|           |          |         |       |                 |

**ט. הצהרות המבוסס**

☐ אני מעוניין שתביעה צד ג', אם תוגש כנגדי, תסופל על-ידי מגדל חברה לביטוח בע"מ, כולל ניהול משא ומתן עם צד ג', ואני מתחייב להעביר לחברה את סכום ההשתתפות העצמית על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה.

☐ אני מסכים שהאגף לשירותי מידע במשרד התחבורה יעביר לחברת הביטוח באמצעות איגוד חברות הביטוח או מרכז הסליקה של חברות הביטוח, את פרטי הרכב המצויים במאגר משרד התחבורה והחברה תוכל להעביר את המידע למאגר המנותל על-ידי איגוד חברות הביטוח.

☒ אני מבקש לתקן את הרכב במסך הסדר \_\_\_\_\_ (בחר מתוך הרשימה המוצעת באתר).

☐ אבקש כי השמאי \_\_\_\_\_ (בחר מתוך הרשימה המוצעת באתר) יבצע את אומדן הנזק.

☐ אם אחיה זכאי לפיצוי, אני מבקש להעביר אליי את ההשלום ישירות לחשבון הבנק לפי הפרטים והתנאים הרשומים בסופס "הרשאה לביצוע העברה בנקאית". שאצורף למשלוח סופס זה.

☐ אני מתחייב להעביר לחברה כל הודעה, תביעה או בקשה שאקבל מגורם כלשהו בקשר לתאונה שפרסיה לעיל.

☐ אני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומדויקים ולא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה.

☐ אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע מסך שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ולא מן מטעמי, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח / בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים מספים מתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).

#### ה. המסמכים שצורפו להודעה זו

- ☐ תצלום תעודת זהות
- ☐ תצלום רישיון נהיגה
- ☐ תצלום רישיון רכב
- ☐ שרשום מקום התאונה
- ☐ אישור משטרה
- ☐ תמונות ממקום האירוע
- ☐ אחר \_\_\_\_\_

חתימת  
המבוסס \*

שם מלא  
ההודעה

תאריך 5/4/22





משרד התחבורה  
מינהל התמעה • אגף הרישוי

לביצוע שונוי במירשם כלי  
הרכב - כאשר המבקש  
אינו מבצע את הפעולה  
בעצמו.

נציג המבקש (תשליח) יציג:

- טופס זה.
- תעודות זהות שלו ושל המבקשים.
- רישיון הרכב (כאשר הוא שליח של בעל הרכב).
- טופס זה יוחזר לשליח.
- השליח אחראי לכל פעולה שביצע בהסתמך על טופס זה.

**יפוי כח - של אדם פרטי**      **רכב מספר**

- ☐ למכירת הרכב (מטעם בעל הרכב).
- ☐ לקניית הרכב (מטעם הקונה).
- ☐ לפעולה אחרת מטעם בעל הרכב.

1. פרטי גותן יפוי הכת – בעל הרכב הרשום או הקונה

המאשר בחתימתו כי נציגו לביצוע הפעולה הוא מי שרשום בסעיף 2 להלן:

| חתימה | שם משפחה ופרטי | ס.ב. | מספר זהות |
|-------|----------------|------|-----------|
|       |                |      |           |
|       |                |      |           |
|       |                |      |           |

2. פרטי מילופה הכח (נציגו של המבקש):

מספר תחנות 1.0

תאריך האישור בתוקף עד

|          |             |
|----------|-------------|
| שם הסוכן | חברת ביטוח  |
| תביעה    | מספר פוליסה |

טוב שיש מגדל מאחוריך  
www.migdal.co.il

**המגדל**

מגדל ניהול תביעות בע"מ

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
יש למלא את הטופס בעטם בלבד ולא כעמרון

|              |
|--------------|
| תאריך האירוע |
| 04/01/22     |

## הוראה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

(יש לצרף טופס הוראה נפרד עבור כל תביעה)

אני הח"מ (בעל החשבון) כמוסע בספרי הבנק:

| מספר זרות           | שם משפחה | שם פרטי | מספר טלפון  | מספר טלפון נייד |
|---------------------|----------|---------|-------------|-----------------|
| 057318610           | רומי     | רומי    | 054-4513266 |                 |
| כתובת מגורים (רחוב) | מספר בית | ישוב    | מיקוד       |                 |
| הג' 19              | 2/32     | ישוב    | 7508106     |                 |

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי המפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על ידיכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

| שם הבנק            | מספר בנק | מספר סניף | שם סניף | מספר חשבון בנק |
|--------------------|----------|-----------|---------|----------------|
| בנק לאומי          | 10       | 669       | יבנה    | 2457207        |
| כתובת הסניף (רחוב) | מספר בית | ישוב      | מיקוד   |                |
| קוקה קולדה         | 70       | יבנה      | 7508106 |                |

החב"ל לצרף המחאה מבוטלת או אישור הבנק לאימות פרטי חשבון

אני מבקש להעביר אלי דיווח על ביצוע התשלום בהעברה בנקאית, כולל פרטי הבנק כאמור, באמצעות אחד מאלה:

| מספר טלפון נייד (SMS) | מספר פקס | כתובת דואר אלקטרוני | כתובת למשלוח דואר (רחוב, מס' בית, ישוב, מיקוד) |
|-----------------------|----------|---------------------|------------------------------------------------|
| 054-4513265           |          | mirakuss5@gmail.com |                                                |

חשוב למלא בכתב יד קריא וברור. במקרה של חוסר בהירות, תשלוח ההודעה בדואר לכתובת הרשומה בפוליסה.

ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד האמצעים שרשומתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.

אני מאשר, מצהיר ומתחייב כי:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לפני ההעברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשותי ועל אחראיותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- אני מאשר כי ידוע לי שסכום ההעברה הבנקאית באמצעות הרשאה זו, לא יעלה על סך של 50,000 ש"ח.
- מידע לי כי אם הפרטים עליי בדיוקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף שיק מבוטל - יבוצע התשלום בשיק.

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

חתימת בעל החשבון \*  
חתימת בעל החשבון \*

שם וזל החשבון  
שם בעל החשבון

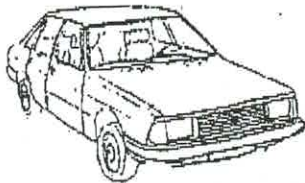
תאריך  
05/04/22

למילוי אם יש יותר מחבטה / תובע אחד:



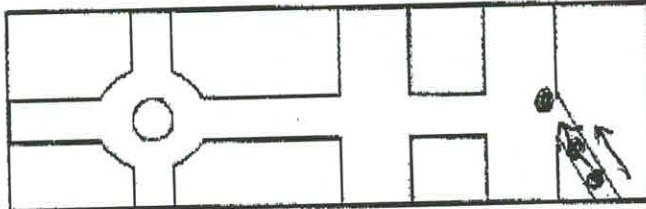
## ד. פרטי האירוע - המשך

מוקד הפגיעה ברכב המבוסס (נא סמן על גבי התרשים את מוקד הפגיעה ומספרו במקרא)



1. ☒ חלק אחורי של הרכב
2. ☒ גחון הרכב (מרכז תחתון)
3. ☐ חזית הרכב
4. ☐ צד ימין
5. ☐ צד שמאל
6. ☐ גג

סמן על גבי התרשים את מיקומך בעת התאונה ביחס לכלי הרכב המעורבים בתאונה:



ציון המרחים בכיוון נסיעתך:

ציון המרחים בכיוון נסיעת רכב צד ג':

## ה. פרטי נפגעי גוף

| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות                                                          | חאם בעת התאונה היית                                                | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. נוסע 1013479934                                                                                                                                                                           | גיל 19 1/2                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> ברכב המבוסס / מחוץ לרכב        | לפני 3 ראשון                                |
| מספר טלפון נייד 054-911330                                                                                                                                                                   | פונה / אושפז                                                       | האם הנפגע פונה לבית תולים                                          | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              | כן <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> | מהות הפגיעה                                 |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                    |                                             |
| מסרת הנסיעה                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input checked="" type="checkbox"/> אחר |                                                                    |                                                                    |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות                                                          | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
| 2.                                                                                                                                                                                           | גיל                                                                | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | מהות הפגיעה                                 |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | פונה / אושפז                                                       | האם הנפגע פונה לבית תולים                                          | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | שם מקום העבודה                              |
| מסרת הנסיעה                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |                                                                    |                                                                    |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות                                                          | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
| 3.                                                                                                                                                                                           | גיל                                                                | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | מהות הפגיעה                                 |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | פונה / אושפז                                                       | האם הנפגע פונה לבית תולים                                          | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | שם מקום העבודה                              |
| מסרת הנסיעה                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |                                                                    |                                                                    |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות                                                          | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
| 4.                                                                                                                                                                                           | גיל                                                                | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | מהות הפגיעה                                 |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | פונה / אושפז                                                       | האם הנפגע פונה לבית תולים                                          | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | שם מקום העבודה                              |
| מסרת הנסיעה                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |                                                                    |                                                                    |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות                                                          | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
| 5.                                                                                                                                                                                           | גיל                                                                | ברכב המבוסס / מחוץ לרכב                                            | מהות הפגיעה                                 |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | פונה / אושפז                                                       | האם הנפגע פונה לבית תולים                                          | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>            | שם מקום העבודה                              |
| מסרת הנסיעה                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |                                                                    |                                                                    |                                             |



010019560203310718

עמוד 2 מתוך 3 דפים

קוד מסמך 1

ש להעביר את כל המסמכים והגורמים לשם טיפול מהיר ויעיל בתביעה.



## הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי

960 טוֹפֵט מִסֵּפֶר

כתב התחייבות והסכמה למסירת מידע על הנהג (במידה והנהג אינו בעל הרכב הרשום, יש להתחיתם את הנהג)

ני הח"מ, הנהג ברכב לגבינו הוגשה תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (רכוש), מסכים בזה כי משרד התחבורה, התשתיות הלאומיות והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה הוגשה התביעה, באמצעות איגוד חברות הביטוח, את המידע על רישון הנהיגה שלי הנדרש לאור התביעה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהגים שברשות המשרד.

הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעה כלפיהם.

כתובת הנהג: פריזת 9/3 חמ"ט 3

אני מאשר בחתימתי את הסכמתי להעברת מידע ממשרד התחבורה אליהם על-פי המפורט לעיל.

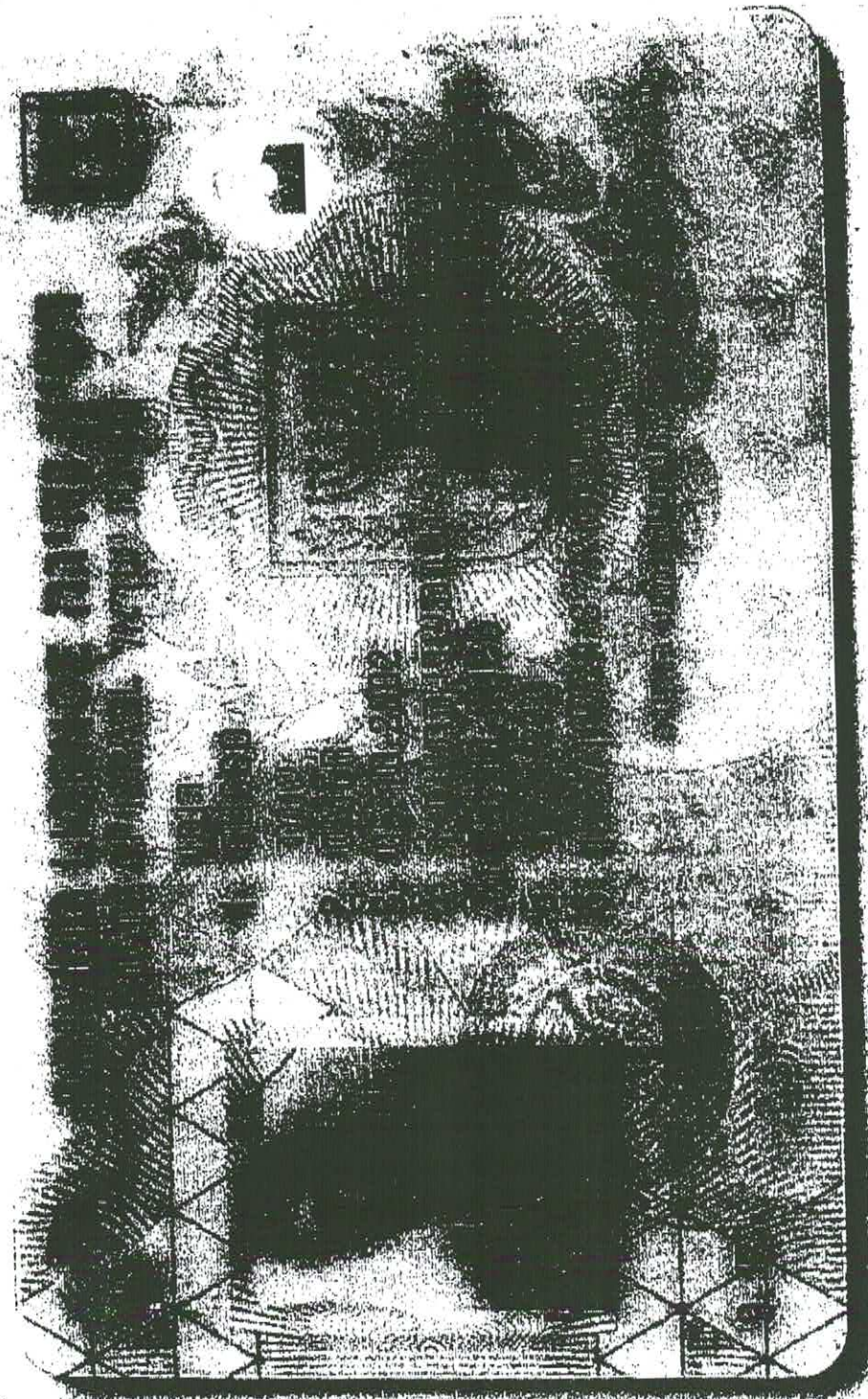
חתימת בעל הרכב הרשום: 5/4/22 מספר זהות / רישון חתימה: 097318610 שם מלא: פריזת 9/3

ב. פרטי חשבון הבנק

על-פי דודעה משרד התחבורה, הטיפול בהחזר אגרה של רכב גמב יהיה לאחר תום שלושה חודשים מתאריך מסירת ההודעה על הגמבה. הטיפול בהחזר האגרה אינו באחריות חברת הביטוח אלא ישירות על-יד משרד התחבורה.

לצורך קבלת ההחזר היחסי על-פי דין של אגרת הרישוי ממשרד התחבורה כאשר הרכב גמב או במקרה שהשמאי ידוע על הרכב כרכב באובדן גמור, אני מוסר להלן את פרטי חשבון הבנק שלי. במקרה שבעל הרכב מסרב למסור את פרטי החשבון. אין לחייבו לעשות כן.

| שם בנק              | מספר בנק | מספר סניף | שם סניף | מספר חשבון בנק |
|---------------------|----------|-----------|---------|----------------|
|                     |          |           |         |                |
| כתובת מגורים (רחוב) | מספר בית | יישוב     | מיקוד   | מספר זהות      |
|                     |          |           |         |                |



**DRIVING LICENCE** 30'00 11'00

**STATE OF ISRAEL**

**1. NAME** RUSSO  
**2. ID** 00000  
**3. DOB** 05-10-2002  
**4. EXPIRATION DATE** 05-10-2006  
**5. 1201200**  
**6. 1007-10000-3-2000**

**9. B**

**הרשאה לנהיגה**



30/6/22  
OFF-3180983

כסבא  
א' קאריא

א' צ'רנסקי פל 1017  
מאנאק א' פל 4/4/21  
ממלאק פלימאן א' פל 1017

מאנאק

1017 א' פל 4512865-054

## הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום 7 בחודש 7 שנה 22

בין : חברת 101 (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום \_\_\_\_\_ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן:

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון") – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

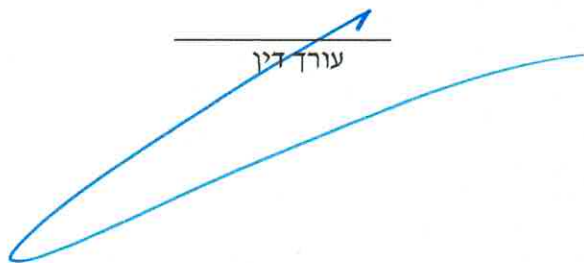
7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוצאות כדלקמן:

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

- ב. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר הגשת התביעה ולפני דיון בבית המשפט, ישלם הלקוח שכ"ט בשיעור של 50% (מחצית) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ג. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה בשלב שלאחר קדם המשפט הראשון ועד לסיום הראיות, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 2/3 משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.
- ד. הלקוח מתחייב להמציא לעוה"ד התחייבות בלתי חוזרת שלו ושל עוה"ד שבחר לו לייצגו באותו עניין, לפיה יעבירו מתוך כספי הפיצויים שיגיעו ללקוח, את שכה"ט שמגיע לעוה"ד על פי הסכם זה, וזאת מתוך הסכום הראשון שיתקבל עבור הלקוח מצד הנתבע.
- ה. כל מחלוקת או סכסוך בקשר לשכר הטרחה המגיע לעוה"ד הח"מ בגין טיפול בתביעה – ימסר לבוררות מוסכמת בפני בורר דן יחיד שימונה על ידי יו"ר ועד מחוז תל-אביב של לשכת עוה"ד.
- ו. ידוע ללקוח כי הסכם זה מהווה אף "הסכם בוררות" לכל דבר וענין.
- ז. במידה והנתבעים הציעו ללקוח פשרה בסכום פיצויים מסויים ועוה"ד המליץ ללקוח להתפשר בסכום הנ"ל, והלקוח סירב לקבל את המלצת עוה"ד – יהיה עוה"ד זכאי לשכ"ט בשיעורים המפורטים בסעיפים 5 (א) – 7 (ג) לעיל מתוך כספי הפיצויים שיקבל הלקוח מהנתבעים (ישירות או באמצעות עוה"ד הנעבר) או מסכום הפשרה שהומלץ ע"י עוה"ד כאמור לעיל ושהלקוח סירב לו – בשיעורים שפורטו בסעיף 1 לעיל, לפי הגבוה מבין השניים.

**ולראיה באתי על החתום:**

עורך דין



X  
הלקוח

