



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 2025 23
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



ד"ר אמיר אמיתי

באמצעות דוא"ל: spine@amitaimd.com

ד"ר נכבד שלום רב,

תאונה מיום 17/7/2024
הנפגע: אסף בן קסוס, ת"ז 300303773

ת"א 52927-04-25 פלוני נ' we sure חברה לביטוח בע"מ ואח'

1. כב' מונה בהחלטת כב' השופט נועם רף, כמומחה רפואי בתחום האורתופדי, לבדיקת מרשי, התובע, אשר נפגע בתאונה מיום 17.7.24 ולקביעת נכותו הנובעת מהתאונה.
 2. רצ"ב לעיון כב' התיעוד הרפואי בנוגע למרשי.
 3. בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד בשכר טרחת כב' תישא (בשלב זה) הנתבעת, we sure חברה לביטוח בע"מ.
 4. אודה לכב' אם יודיעני על מועד לבדיקת מרשי.
 5. את חוות הדעת מתבקש כב' להמציא לצדדים.
- רצ"ב החלטת בית המשפט הנכבד

~~בכבוד רב ובב"ח,~~

~~אריאל פרייברג, עו"ד~~

פרייברג רסקין עורכי דין

העתק:

ט. שליט – משרד עורכי דין
באמצעות דוא"ל:
office@shalitadv.com



בית משפט השלום בנתניה

ת"א 52927-04-25 פלוני נ' we sure חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

לפני כבוד השופט נועם רף

תובע פלוני

נגד

נתבעת we sure חברה לביטוח בע"מ

החלטה

1. בפני בקשת התובע למינוי מומחה רפואי בתחום האורתופדיה, בגין ת.ד. מיום 17.7.2024.
2. לאחר שעיינתי בבקשה למינוי מומחה רפואי, בתיעוד שצורף לה ובתגובת הנתבעת, נחה דעתי כי קיימת ראשית ראייה למינוי המבוקש.
3. לאחר התאונה פנה התובע לחדר המיון בבי"ח מאיר, בבדיקתו אובחן שבר בצלע 7, 8 משמאל. התובע נבדק על ידי רופא בתחום, בבדיקתו אובחנה רגישות מקומית מעל הצלעות משמאל, רגישות לאורך חוליות הצוואר, הגבלה בתנועות הצוואר ורגישות מותנית. בבדיקת הדמיה מחודש 8.2024 נשללו שברים בצלעות משמאל. התובע עבר סדרה של טיפולי פיזיותרפיה ובסיכום נרשם שהוא עדיין מרגיש כאבים חזקים בצוואר וגב תחתון. בדיקת בCT עמ"ש מותני הדגימה בקע דיסקלי מרכזי קטן בגובה 1S-5L-4L. די בכל האמור כדי להוות ראשית ראיה למינוי מומחה רפואי בתחום האורתופדיה.
4. לפיכך, הנני ממנה כמומחה רפואי בתחום האורתופדיה את ד"ר אמיר אמיתי.
5. על המינוי האמור יחולו הוראות תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), תשמ"ז – 1986.
6. המומחה יעיין במסמכים הרפואיים אשר יומצאו לו מאת באי כוח בעלי הדין, יבדוק את התובע ויקבע ממצאים באשר למצבו הרפואי בעקבות התאונה נשוא התביעה.
7. הצדדים ימציאו למומחה הרפואי את המסמכים הרפואיים המצויים בידיהם והנוגעים לתובע בתוך 60 ימים מהיום.



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד מתאריך 17/07/2024 הופק ע"י דר' מחאמיד יוסף מ.ר. 1179927 16:14 17/07/2024

שם משפחה:	בן קסוס	ת. לידה:	31/01/1987	מלרד אגף C
שם פרטי:	אסף	ת. זהות:	30030377-3	מנהל מלר"ד: דר' רודריג יוסף מ.ר. 25562
כתובת:	הגליל 7, אריאל 4076507	מין:	זכר	אח/אחות אחראיים: מקסימוב עפרה
טלפון:	0547001719	גיל:	37	מס' קבלה למחלקה: 2526308101
סוג דם:		מרפאה:		טלפון: 09-7472323
מחוז:		שם האב:	אלברט	פקס: 09-7410994
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: אזור

רופא אחראי

רופא: דר' מחאמיד יוסף מ.ר. 1179927

סיום טיפול במלרד: שחרור

אבחנות בשחרור

אבחנה	קוד	צד	תאריך	עיקרי	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 אוושהכניסת אוויר שווה, מעט ירודה בבסיסים דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים, ללא סמני אמפיזמה תת עורית. כאב במגע באזור צלעות
תחתונות משמאלבטן - 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

תאריך שעה קטגוריה מדד תוצאות והערות
13:41 17/07/2024 מדדים



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

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

דופק 120

12:54 17/07/2024 מדדים

א.ק.ג. בוצע

12:24 17/07/2024 מדדים

מצב הכרה

A

לחץ דם

151/80

דופק

137

סטורציה באויר

97

חדר

רמת כאב

4

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	ACAMOL CPL 1000 mg	Oral
		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 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]	17/07/2024	ט.מ. CT חזה / בטן / אגן במסגרת TOTAL BODY



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

צפיפות נמוכה במיצר קדמי – שארית טימוק ק"ל. אקסילות שמורות. לא הודגם תפליט פלאורלי או פריקדיאלי. אין עדות לפנאומומדיאסטינום או פנאומוטורקס. בריאות – קונסולדיציה קטנה בלינגולה – שינויים 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 מפשעיתיות. ריבוי בשומן בתת רירית של קולון וברקטום – תואר ב IBD אך גם בבריאים. שלפוחית שתן תקינה. אין נזל חופשי. אין אויר חופשי. חלון עצם: שבר בצלע 7, 8 משמאל. לציין שינויים 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 כדור. מצופה-אין לכתוש!			10 ימים	ביום 3 X	2 tab	Oral	ZALDIAR 37.5mg/325mg (PARACETAMOL, traMADol HYDROCHLORIDE)
✓	בוקר וערב מומלץ ליטול אחרי אוכל			5 ימים	ביום 2 X	500 mg	Oral	NAXYN (NAPROXEN)

סיכום



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

תאונת דרכים בדרך מעבודה
היום בדרך מעבודתו לבית, התנגש במכונית, היה עם חגורה, נפתחה כרית אוויר
במיון צועע 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

חתימה: _____

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

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	נבדק:
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 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 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.
אקסיליות שמורות.
לא הודגם תפליט פלאורלי או פריקורדיאלי. אין עדות לפנאומודיאסטינום או פנאומוטורקס.
בריאות – קונסולדיציה קטנה בלינגולה – שינויים אטלקטטים 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.



עמוד 2 מתוך 2

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

חלון עצם: שבר בצלע 7, 8 משמאל.
לציין שינויים סקלרוטים ב SIJ, יותר בולט משמאל.
הסננה 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
אושרר ע"י: ד"ר ראמי גנאים

תאריך: 17/07/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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		

אישור מחלה

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

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

17/07/2024

תאריך

חתימה וחותמת הרופא

תאריך: 18/07/2024

מ.ר גורם מפנה



024600



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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		

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

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

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

ב 17.07 היה מאורב בת.ד. במסגרת עבודה. התנגשות חזיטית 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.

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 בתאריך: 17/07/2024

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

העתק טופס

02/12/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



0305864001



024600

העתק טופס
02/12/2025דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

קוד הפניה: 389115690

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 רנטגן

קוד	הבדיקה הדרושה
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 בתהוה 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)

מעשנת: לא

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

25/07/2024

חתימה וחותמת

תאריך

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.

תאריך: 25/07/2024

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 389116430



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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	מיון: ז	תלפון: 0547001719	מיקוד 4076507
ת.לידה: 31/01/1987	כתובת: הגליל 7, אריאל	תלפון: 0300303773	

מכון פיזיותרפיה

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 בתהוה של פלג גוף עליון
כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

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

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

מעשנות: לא

סיבת ההפניה: טיפול

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

25/07/2024

חתימה וחותמת

תאריך

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.



123795

קוד הפניה: 389614870

מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

טלפון: 03-7463820

פקס: 03-7178324

כתובת: הבנאי 6, אריאל (קומה 2)

גרוסמן טליה

תזונה ודיאטה | תזונה - נשים הרות

התמחויות:

דיאטנית

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					

הדפסת תפריט

מטרות הטיפול: ירידה במשקל תוך שינוי מטאבולי

ייעדים ביקור נוכחי:

יעד	תדירות
הפנייה להרצאה לקראת ניתוח	
לעבוד על קצב אכילה איטי, יותר לעיסות	
הגברת שתיית מים	להמנע ממוגזים ותקנים
הגברת צעדים ליום- 8000-10000	
הפחתת סוכר ונשנושים ושתייה מתוקה- ללא קולה!	
הגברת צריכת ירקות- חצי מהצלחת	

בהצלחה, גרוסמן טליה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

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

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

בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43 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.

בביקור בתאריך 31/07/2024 בשעה 20:07:48 הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ... ציקון של אשור ת.ע.

הממצא הקליני:

בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43 מצב כללי טוב ללא שינויים נירולוגיים גסים מגבלה בתהודה של פלג גוף עליון כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

בביקור בתאריך 31/07/2024 בשעה 20:07:48

צילומי רנטגן שנעשו במכון:

בית חולים מאיר בתאריך: 17/07/2024

הממצא: שברים בצלעות 7-8 משמאל

אבחנה:

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

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

העתק סופי
02/12/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך הבדיקה

חשוב -	תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.
--------	--

תאריך: 15/08/2024

מ.ר גורם מפנה



023760

קוד הפניה: 392222569



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

ד"ר רגב עמית

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה החלפות מפרקים

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-7463820

פקס: 03-7178324

כתובת: מרכז מסחרי 1 אורנית (קומה 2)

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	0300303773	

רפואה משלימה

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

ממצאים: רגישות מקומית מעל הצלעות משמאל. רגישות לאורך חוליות צוואר והשריר זוקפי הצוואר דו צדדי יותר מימין. הגבלה בתנועות הצוואר בעיקר ברוטציות אקסטנציה ופלקציה לטרלית. ללא חסר נהיורולוגי בגפיים עליונות, תחושה שטחית תקינה ושנוה, כוח גס תקין, רפלקסים גידים ברכיורדיאליס הופקו ערים ללא רפלקסים פתולוגיים טרמנר או הופמן. רגישות מותנית - עלייה על בהונות ועקבים תקינה.

- WHIPLASH INJURY
- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA
- FRACTURE OF RIBS/ STERNUM Left

אבחנה:

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

בעיות ידועות:

מעשנת: לא

פירוט	קוד	הבדיקה הדרושה
טיפול במסגרת הרפואה המשלימה		

הנחיות הרופא: ממליץ על שיאצן \ טווינה להקלת כאבי השרירים.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

15/08/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

לזימון 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

תאריך: 16/08/2024

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 392390143

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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	0300303773	

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - עמוד שדרה - במכבי

תלונות: בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43 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.

בביקור בתאריך 16/08/2024 בשעה 09:43:32 הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...

ממצאים: בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43 מצב כללי טוב ללא שינויים נירולוגיים גסים מגבלה בתהוה של פלג גוף עליון כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

בביקור בתאריך 16/08/2024 בשעה 09:43:32

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 16/08/2024 בשעה 09:43:32

אבחנה:

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

מעשנת: לא

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

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: יעוץ

תאריך: 09/09/2024

מ.ר גורם מפנה



0332641208



124927

קוד הפניה: 395872223



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

02/12/2025

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

ד"ר חאוסטוב פבל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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		

US איברים

קוד	הבדיקה הדרושה אולטראסאונד
6777	כליות

שאלה למבצע הבדיקה: בעיה כליתית?

תלונות:

שליחת הודעה / מסמך ביוזמת הרופא
עלייה בקראטינין עד 1.5
יתכן סביב טיפול PEP
נקח מעבדה כולל חלבון בשתן ומיקופסקופיה
יתכן AIN
נחזור על קראטינין
נשלים US

אבחנה:

• COMPLETION OF VISIT ADMINISTRATIVE

בעיות ידועות:

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

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

מרכז זימון תורים *3555, יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור לבדיקה.

09/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/09/2024 עד תאריך - 08/03/2025

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.

הוראות הכנה לבדיקה:

• צום של 4 שעות לפני הבדיקה.

תאריך: 16/09/2024

מ.ר גורם מפנה



124927

קוד הפניה: 396894409



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

ד"ר חאוסטוב פבל
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואה פנימית

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		

יעוץ נפרולוגיה (וירטואלי)

יעוץ נפרולוגיה וירטואלי

לכבוד:

שאלה ליועץ:

שלום!
מטופל תחת טיפול בPEP (נגד HIV)
נשאר עוד שבוע וחצי של טיפול
באמצע הטיפול בבדיקה רוטינית עדות לקראטינין מוגבר
בבירור ראשוני - רמות קראטינין סטטיות סביב 1.4-1.5
מעט לויקוציטים EPITELIAL CASTS במשקה.
סונר עוד 3 ימים.
שולל שימוש בNSAIDs או תרופות נוספות נפרטוקסיות
נבקש יעוץ נפרולוגי ווירטואלי בשאלה של המשך טיפול בPEP או הפסקה מיידיית,
בירור נוסף
תודה

16/09/2024

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 16/09/2024

מ.ר גורם מפנה



124927

קוד הפניה: 396897004



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

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

ד"ר חאוסטוב פבל
משפחה, פנימית וכללית
התמחויות:
מומחה ברפואה פנימית

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	מיקוד: 4076507
כתובת: הגליל 7, אריאל	0300303773			

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Creatinine Clearance U/24 - 02575

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

הנחיות נוספות: • עבור בדיקת Creatinine Clearance U/24:
יש להגיע למעבדה בסניף לקבלת דף הנחיות ומיכל לאיסוף השתן נדרשת גם בדיקת Creatinine בדם.

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים. בלקיחת דם ורידי לתינוקות עד גיל שנה יש לקבוע תור בטלפון *3555

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 16/09/2024 עד תאריך 15/12/2024. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

הוראות כלליות לאיסוף שתן במשך 24 שעות

בבדיקה זו הנך מתבקש לאסוף שתן במשך 24 שעות.

1. יש לבצע את האיסוף רק במיכל נקי הניתן במעבדה או בתחנת האיסוף.
2. את השתן הראשון בבוקר יש להטיל לאסלת בית השימוש ולאחר מכן לאסוף לתוך המיכל את כל השתן במשך כל היום והלילה.
את מנת השתן הראשון בבוקר שלמחרת **כן** לאסוף לכלי ובכך מסתיים האיסוף.
3. במשך כל תהליך האיסוף יש לשמור את מיכל השתן בקרור.
4. יש לאחסן את המיכל בעמידה בלבד
5. יש להביא את המיכל השתן למעבדה מיד לאחר סיום תהליך האיסוף.

סגור היטב

תאריך: 06/10/2024

מ.ר גורם מפנה



024600



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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		

אישור מחלה

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

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

06/10/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 27/10/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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		

אישור מחלה

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

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

27/10/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 25/11/2024

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 407045639



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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

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

דף מידע לבדיקות

ההפניה לבדיקות שהומלצו ממתינה בשירות המעבדה בכל סניפי מכבי.

להלן הבדיקות שהומלצו ע"י הרופא אנא פעל בהתאם להנחיות:

Syphilis Ab - 06593

**** נא להצטייד בכרטיס מגנטי ****

צום לפני הבדיקה: לביצוע הבדיקות בהפנייה זו אין צורך בצום

בערבי חג שירותי המעבדה במרכז הרפואי סגורים.

לבדיקות דחופות: IVF, בילירובין ילודים (נאונאטל), INR למטופלי קומדין וספירת דם יש לפנות למוקדי רפואה דחופה שבסניפי מכבי בין השעות: 7:00-8:30

תוקף ההמלצה ל 90 יום, מתאריך 25/11/2024 עד תאריך 23/02/2025. לעיתים תתבצענה בדיקות נוספות ביזמת המעבדה.

את תוצאות הבדיקות ניתן לראות גם בכתובת WWW.MACCABI-HEALTH.CO.IL, לקבלת סיסמה אנא פנה לסניף.

חדש!! שירות לקיחת דגימות מעבדה בשעות אחר הצהריים (בימים א-ד) בסניפים נבחרים.

לא ניתן לקחת דגימות לתפקודי קרישה, TSH וספירת דם לתינוקות.

לברור המעבדה הקרובה למקום מגוריך ושעות השירות יש לבדוק במדריך השירותים ובמוקד מכבי ללא הפסקה.

תאריך: 25/11/2024

מ.ר גורם מפנה



0305864001



024600

קוד הפניה: 407045708



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

טלפון: 03-9065050

פקס: 073-2132437

כתובת: הערבה 1 אריאל

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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		

מעבדת זרע (מבוטח מכבי)

☒ ביצוע בדיקת זרע כולל מורפולוגיה

25/11/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

הוראות לנבדק לפני ביצוע בדיקות זרע

על מנת שתהליך בדיקת הזרע יתבצע בצורה הטובה ביותר עליכם להקפיד על הכללים הבאים:

- * יש להתנזר מיחסי מין כ-3 ימים לפני הבדיקה אך לא יותר מ-7 ימים.
- * את נתינת הזרע ניתן לבצע בדרכים הבאות:

- אוננות או משגל נסוג ושפיכה לתוך כוס פסטיק סטרילית (כמו לבדיקת שתן), אותה ניתן לקבל במעבדה או מהאחות במרפאה. חשוב להקפיד לאסוף גם את החלק הראשון של פליטת הזרע. כמו כן על מנת להבטיח את סטריליות הדגימה אין לפתוח את המכסה לפני מתן הזרע ויש לסוגרו מיד לאחר מכן.
 - בעזרת ערכה מיוחדת, אשר כוללת כובעון (קונדום) ללא חומר קוטל זרע ומאפשרת מתן זרע תוך כדי קיום יחסי מין. ערכה זו ניתנת לרכישה מראש במעבדה המבצעת. ניתן לברר טלפונית מול המעבדה. אסור להשתמש בקונדום רגיל או בחומרי סיכה כלשהם. חומרים אלו עלולים לפגוע באמינותה של הבדיקה.
- * יש להקפיד לרשום בבירור על הכוסיית את השם, שם המשפחה, ת.ז. ושעת מתן הזרע.
 - * יש להביא את הדגימה למעבדה תוך שעה מאיסוף הזרע.
 - * יש לשמור בטמפרטורת הגוף עד הגעה למעבדה.
- יש לתאם תור מראש.



טלפון: 03-9065050
פקס: 0732132437
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		

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' לכל מאן דבעי
מרת/ בן קסוס אסף
ת"ז: 300303773
תאריך הפקה: 17/12/2024

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

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	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-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

הערות:

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

בכבוד רב,

שם המכון: אריאל מכון פיזיותרפיה

שם פיזיותרפיסט: דבורין חנן



144804

מכבי שירותי בריאות
פיזיותרפיה
העתק טופס
02/12/2025

דבורין חנן
פיזיותרפיה

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

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

סיכום טיפול פיזיותרפיה

לכבוד דר' לכל מאן דבעי
מר/ת בן קסוס אסף
ת"ז: 300303773
תאריך הפקה: 17/12/2024
הופנה על ידך לפיזיותרפיה עקב:
WHIPLASH INJURY •
FRACTURE OF RIB CLOSED •
ROAD ACCIDENT •

מטרות:

מטרות	תאריך יעד	סטאטוס	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-מרובה
התמדה בתרגול עצמי-מרובה

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



144804

מכבי שירותי בריאות
העיתק טופס
02/12/2025

דבורין חנן
פיזיותרפיה

טלפון: 03-9065050
פקס: 0732132437
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					



0300303773

המטופל
הודרך להמך תרגול עצמי תנועתי יומיומי + הליכה יומיומית

נשמח להמשיך שיתוף הפעולה לקידום הבריאות של המטופלים .

בכבוד רב,

שם המכון: אריאל מכון פיזיותרפיה דבורין חנן שם פיזיותרפיסט:

תאריך: 30/12/2024

מ.ר גורם מפנה



0304720477



029186

קוד הפניה: 412740518



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

ד"ר ברונושטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז	טלפון: 0547001719	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507		

הפניה למכון דימות - C.T

שם המכון:

אסותא-רמת החיל תל אביב

תלונות:

לאחר תדרכים קינטיה קשה
שבר צלעות
כאב עמ"ש מותני / צווארי
טופל - PT

ממצאים:

בבדיקה גופנית:
עמ"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 80סיבוב לשמאל 80

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

יציבה -תקינה.

מישוש * ניקוש לארוך עמ"ש; 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 ברכ / ירך / SIJ

PP
סיכום: הגבלת תנועת קלה
ערות החזרים

תאריך: 30/12/2024

מ.ר גורם מפנה



0304720477



029186

קוד הפניה: 412740518



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

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

ד"ר ברונשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

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		

הפניה למכון דימות - C.T

ללא החזקים פטולוגים

אבחנה:

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACKACHE

בעיות ידועות:

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

מעשנת: 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 עמ"ש צווארי

תאריך ביצוע	לפני	תוצאה	בדיקת מעבדה
15/09/2024	3 חודשים	1.41	Creatinine (B)
15/09/2024	3 חודשים	63	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 **

תאריך: 30/12/2024

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

ד"ר ברונשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

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

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

תשובת יועץ

לכבוד:

דר' אוקראינסקי ז'נה

בבדיקה שנעשתה ב: 30/12/2024

עקב: לאחר ת.דרכים קינטיה קשה
שבר צלעות
כאב עמ"ש מותני / צווארי
טופל - PT

ממצאים: בבדיקה גופנית:
עמ"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 80סיבוב 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
ללא ערות החזרים או הופמן / בבינסקי
ללא מעורבות פרקי ברך / ירך / SIJ

PP

סיכום: הגבלת תנועת קלה
ערות החזרים
ללא החזקרים פטולוגים

תאריך: 30/12/2024

מ.ר גורם מפנה



029186



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

ד"ר ברונשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז	טלפון: 0547001719	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507		

תשובת יועץ

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACKACHE

אבחנה:

סיכום והמלצות: .

30/12/2024

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 01/01/2025

מ.ר גורם מפנה



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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.י.ן: ז
תל.עבודה/נייד: 0547001719	טלפון: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507
0300303773	

אישור מחלה

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

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

01/01/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך ייעוץ: 06/01/2025

תעודת זהות: 300303773

פרטי מטופל: בן קסוס אסף

הופנה על ידי:

רופא מייעץ: פילדרמן סיביל

תלונה מרכזית: בן 37, נשואי ללא ילדים לא ידוע על רגישות ללא טיפול קבוע היתה תאונת דרכים 07.2024, היתה תאונת חזיתי, עם שבר של 2 צלעות, אחרי התאונה היו כאבי גב תחתון עדיין כאבי גב תחתון לפעמים מקרין לרגליים נבשק אוטופדי נשלח לסיטי עש עדיין אין פעמח

חומרת התלונה: 8

אבחנה: ANXIETY DIS UNS

טיפולם שאושרו למטופל			
תחום טיפול	הערות	כמות טיפולים מומלצת	הסבר לגבי הטיפול
דיקור		10	נעשה באמצעות החדרת מחטים עדינות וחד פעמיות בנקודות שונות בגוף. מסייע להשבת/שימור ההומאוסטזיס האנרגטי בגוף. השיטה פותחה בסין העתיקה אך מוכחת מדעית כיעילה למגוון מצבים רפואיים. מתאים לכל גיל.
טווינא		5	שיטה מתוך הרפואה הסינית העתיקה, המבוססת על מגע ולחיצות לאורך הגוף, להנעת ואיזון זרימת האנרגיה בגוף. לטיפול במצבים רפואיים כמו – כאב, תלונות פונקציונליות במע' עיכול, איזון גוף נפש ועוד. מותאמת לטיפול בילדים ותינוקות.
כירופרקטיקה	לאחר קבלת תשובה של סיטי עמוד שדרה	4	פותח בארה"ב. שיטה המזהה ומתקנת הפרעות תפקודיות בעמ"ש, שלד ובמפרקים גדולים. מסייע בשיקום עצבי. סללת הפעלה ידנית ממוקדת ומהירה של מפרקי העמ"ש.

05/06/2025 11:39:36

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 2 מס' ביקור: 2 תחילת הטיפול: 05/06/2025 תאריך עדכון: 30/10/2025
שם פיזיותרפיסט: דבורין חנן שם מכון: אריאל מכון פיזיותרפיה
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית גורם משלם: 1 ביקור רגיל
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: דר' אוקראינסקי ז'נה התמחות: משפחה
תאריך ההפניה: 11/05/2025

אבחנת רופא:

אבחנה	מאפ	מאפ	הערה
WHIPLASH INJURY			
FRACTURE OF RIB CLOSED			
TINNITUS			
ROAD ACCIDENT			

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנת פיזיותרפיסט	תאריך	אבחנה מובילה
CERVICALGIA	05/06/2025	לא
LOW BACK PAIN	05/06/2025	לא
WHIPLASH INJURY	05/06/2025	כן

מס' ביקורים שבוצעו: 2 מס' טיפולים שבוצעו: 6

פרטי ביקור

מס' ביקור: 1

שם פיזיותרפיסט: דבורין חנן שם המכון: אריאל מכון פיזיותרפיה
סוג הביקור: 87 ססיה - קבלה/מורכב
תאריך ביצוע: 05/06/2025
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 02/12/2025	פיזיותרפיה במים

הערה להפניה להידרותרפיה: לא קיימת אף אחת מהתוויות הנגד לביצוע טיפול הידרותרפי

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	ע"ש מותני + אגן	15	ראה בדיקה	!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	ע"ש מותני + אגן	5		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	15	STABILIZATION EXERCISE	!	
EDU SELF EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	5	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY	!	
ססיה - קבלה/מורכב				!	

הערות: בן 38 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דוץ ובגב תחתון דוץ, עוצמת כאב VAS 8/10, מתקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במנוחה
המטופל עבר סידרה ממושכת של טיפולי פיזיותרפיה עם הטבה מזערית

בלבד, עדיין קושי רב בתפקודי יומיומים הנ"ל, כאבים חזקים באזורים
הנ"ל
מעוניים בטיפול הידרותרפיה

2656707 !

30/10/2025 12:28:48

גליון ביקור-פיזיו

פרטי סדרה

מס' סדרה: 2 מס' ביקור: 2 תחילת הטיפול: 05/06/2025 תאריך עדכון: 30/10/2025
שם פיזיותרפיסט: דבורין חנן שם מכון: אריאל מכון פיזיותרפיה
סיבת הפנייה: כללית/ אורטופדית
גורם משלם: 1 ביקור רגיל מצב הסדרה: מאותחלת
הפנית רופא מכבי
גורם מפנה: דר' אוקראינסקי ז'נה התמחות: משפחה
תאריך ההפנייה: 11/05/2025

אבחנת רופא:

הערה	מאפ	מאפ	אבחנה
			WHIPLASH INJURY
			FRACTURE OF RIB CLOSED
			TINNITUS
			ROAD ACCIDENT

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	05/06/2025	CERVICALGIA
לא	05/06/2025	LOW BACK PAIN
כן	05/06/2025	WHIPLASH INJURY

מס' ביקורים שבוצעו: 2 מס' טיפולים שבוצעו: 6

פרטי ביקור

מס' ביקור: 2

שם פיזיותרפיסט: דבורין חנן שם המכון: אריאל מכון פיזיותרפיה
סוג הביקור: 84 ססה- ביקור רגיל
תאריך ביצוע: 30/10/2025
גורם משלם: 1 ביקור רגיל

הערות	בדיקות/הפניות
בתוקף עד - 28/04/2026	פיזיותרפיה במים

הערה להפניה להידרותרפיה: לא קיימת אף אחת מהתוויות הנגד לביצוע טיפול הידרותרפי
הערות טיפול קודם: בן 38 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דוצ ובגב תחתון דוצ, עוצמת כאב VAS 8/10, מתקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במנוחה
המטופל עבר סידרה ממושכת של טיפולי פיזיותרפיה עם הטבה מזערית בלבד, עדיין קושי רב בתפקודי יומיומים הנ"ל, כאבים חזקים באזורים הנ"ל
מעוניים בטיפול הידרותרפיה

טיפול קודם:

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
EVALUATION INITIAL	ע"ש מותני + אגן	15	ראה בדיקה	!	
EVALUATION TREATMENT TREATY	ע"ש מותני + אגן	5		!	
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	15	STABILIZATION EXERCISE	!	
EDU SELF EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	5	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY	!	
ססיה - קבלה/מורכב				!	

טיפול נוכחי

טיפול	איזור	דקות טיפול	תאור/תגובה/הערות	ד	פרטי טיפול
THERAPEUTIC EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	15	STABILIZATION EXERCISE	!	
EDU SELF EXERCISE	ע"ש מותני + אגן	5	EDU EXERCISE SHEET W/O DIARY	!	
ססיה- ביקור רגיל				!	

הערות: חידוש הפנייה להידרותרפיה

! 2656707

קבלה כללית/ אורטופדית08/08/2024 11:46:26

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 1

משך הבעיה:

בעיה חריפה - עד שלשה שבועות

הסטוריה:

בן 37 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דוצ ובגב תחתון דוצ, עוצמת כאב VAS 8/10, מתקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במנוחה

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב48 שעות אחרונות			

מיקום ואופי הבעיה:

כנ"ל

פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

כנ"ל

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

כנ"ל

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: ישיבה ממושכת

פירוט: אבטחה + ליווי מכילי דק

פעילות גופנית: לא

בדיקות הדמיה: כנ"ל

שאלות מיוחדות: בריא בד"כ
ללא עישון

דגלים אדומים:

דגל אדום	כן	לא	לא רלוונטי
היסטוריה של סרטן		X	
ירידה לא מתוכננת במשקל		X	
כאבי לילה		X	
חום/צמרמורות/הזעה לילית		X	
קושי בשליטה על סוגרים		X	
פרסטזיות אוכף		X	
קושי בבליעה		X	
טינטון		X	
הפרעות ראייה		X	
סחרחורות		X	
התעלפויות		X	

קבלה כללית/ אורטופדית

05/06/2025 11:37:26

גיליון קבלה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 2

משך הבעיה:

בעיה כרונית - למעלה מ-3 חודשים

הסטוריה:

בן 38 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דוצ ובגב תחתון דוצ, עוצמת כאב VAS 8/10, מתקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במנוחה
המטופל עבר סידרה ממושכת של טיפולי פיזיותרפיה עם הטבה מזערית בלבד, עדיין קושי רב בתפקודי יומיומים הנ"ל, כאבים חזקים באזורים הנ"ל מעוניים בטיפול הידרותרפיה

סימפטומים:

מיקום הסימפטומים	ימין	שמאל	מרכז
בתחילת הופעתם			
ב48 שעות אחרונות			

מיקום ואופי הבעיה:

כנ"ל

פעולות ותנוחות שמגבירות סימפטומים:

כנ"ל

פעולות ותנוחות שמקלות סימפטומים:

כנ"ל

כללי

סוג הפעילות במהלך היום: ישיבה ממושכת

פירוט: אבטחה + ליווי מכילי דק

פעילות גופנית: לא

בדיקות הדמיה: כנ"ל

שאלות מיוחדות: בריא בד"כ
ללא עישון

דגלים אדומים:

דגל אדום	כן	לא	לא רלוונטי
היסטוריה של סרטן			
ירידה לא מתוכננת במשקל			
כאבי לילה			
חום/צמרמורות/הזעה לילית			
קושי בשליטה על סוגרים			
פרסטריות אוקף			
קושי בבליעה			
טינטון			
הפרעות ראייה			
סחרחורות			
התעלפויות			

08/08/2024 11:52:45

בדיקה כללית/ אורטופדית

גיליון בדיקה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 1

תאריך: 08/08/2024

הסתכלות: ללא ממצא חריג

תנועות

ממצאים בתנועה:

ממצאים	אופן ביצוע	סוג התנועה	אזור
ממצאים			
75%-50% כלהתנויות בין	אקטיבי	all movements	ע"ש צווארי
75% elevation מוגבל ל	אקטיבי	all movements	ע"ש גבי

בדיקות נוספות

מישור:

ממצאים	איזור
ממצאים	
רגישות למגע מעל שרירי upp trap דוז	ע"ש צווארי

יעדי פדיותרפיה:

מטרות	תאריך יעד	סטטוס	תאריך עדכון סטטוס	שם מטפל	סוג טיפול	תאריך יצירה
המטופל יצליח לישון לילה שלם ללא קושי או כאבים	08/09/2024	הושלם חלקית	17/12/2024	דבורין חנן	בדיקה אורטופדית	08/08/2024
המטופל יצליח להתלבש ולהתקלח עצמאית ללא קושי או כאבים	08/09/2024	הושלם חלקית	17/12/2024	דבורין חנן	בדיקה אורטופדית	08/08/2024
המטופל יצליח ללכת מעל חצי שעה ללא קושי או כאבים	08/09/2024	לא הושלם	17/12/2024	דבורין חנן	בדיקה אורטופדית	08/08/2024

תוכנית טיפול:

הפחתת כאבים , שיפור טווחים , חיזוק שרירים , תרגול פונקציונלי

05/06/2025 11:39:30

בדיקה כללית/ אורטופדית

גיליון בדיקה כללית אורטופדית

סדרת טיפולים: 2

תאריך: 05/06/2025

הסתכלות: ללא ממצא חריג

13/09/2011 20:24:26

אנמנזה רפואית

בעיות ידועות/ניתוחים/רגישויות

רגישויות

☒ לא ידוע למטופל על רגישויות לתרופות

29/07/2024 11:13:39

תזונת המטופל

תפריט

סוג תפריט: כתיבה חופשית

תפריט לכתיבה חופשית

א.בוקר:

תה או נס קפה + כפית סוכר+ ביסקוויטים

לפעמים חביתה

א. צהריים:

על האש- קבב/פרגית/שווארמה+ ציפס , פיתה, ירקות- מעט

בערב- לא תמיד אוכל מסודר

שתייה

קולה

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 ניווניים 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, ביירוים ושאלות בנוגע לפענוח יופנו לרופא הרדיולוג באסותא, על ידי הרופא המפנה בלבד.
בכל נושא אחר,

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 לפניית של רופאים בלבד!

מסמך זה נחתם אלקטרונית

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



029186

העתק טופס
02/12/2025

ד"ר ברונשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

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.לידה: 31/01/1987	מין: 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 ת.דרכים קינטיה קשה

שבר צלעות

כאב עמ"ש מותני / צווארי

טופל - PT

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

CT עמ"ש צווארי / מותני - שינום 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

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

עמ"ש מותני:

יציבה -תקינה.

מישוש * ניקוש לארוך עמ"ש:ש - אמל

הקרנת כאב לפי שורש - אין.

הפרעה תחושתית לפי דרמטום - אין

ROM : כיפוף קדימה : 40 יישור לאחורה 25 כיפוף לצדדים

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

החזרי פיקה / אכילס

תאריך: 10/02/2025

מ.ר גורם מפנה



029186



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

ד"ר ברונשטיין יגאל

אורתופדיה עמוד שדרה

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9408888

פקס: 03-9408886

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז	טלפון: 0547001719	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507		

תשובת יועץ

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

PP
סיכום: הגבלת תנועת קלה
ערות החזרים
ללא החזקים פטולוגים

בביקור בתאריך 10/02/2025 בשעה 17:14:28
המשך טיפול שמרני -
פיזיותרפיה / רפואה משלימה/ בהמשך: HYDROTHERAPY
פעילות ספורט - תרגול עצמי לחיזוק שרירי ליבה וגמישות - יוגה, פילטאיס, שחייה, פלדנקרייז
איזון נוגדי דלקת וכאבים לפי צורך
בהמשך יש לשקול : יעוץ מרפאת כאב

דיון ואבחנה מبدלת:

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

- ROAD ACCIDENT
- CERVICALGIA
- BACKACHE

אבחנה:

סיכום והמלצות: .

10/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

תאריך: 27/02/2025

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 422874316



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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	מ.י.ן: ז	טלפון: 0547001719
	כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507	טל.עבודה/נייד: 0547001719

מראאות חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול	קוד
בדיקת רופא	9943

מחלקה: טיפול בכאב
תלונות: ב 17.07 היה מאורב בת.ד. במסגרת עבודה. התנגשות חזיתית התפתחו כריות אוויר. פניה לבית חולים ללא אבוד הכרה ללא הקאות ללא אמנדיה
בוצע בדיקות מיון כולל CT כול גופי- שברים בצלעות משמאל 7-8
טיפול באנגליקה טיפולי פיזו עם טיפולי רפואה משלימה
עדיין כאבי צוואר ו גב עם טינטון באוזניים. הופנה למרפאת כאב

ממצאים: בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43
מצב כללי טוב
ללא שינויים נירולוגיים גסים
מגבלה בתנועה של פלג גוף עליון
כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות
בביקור בתאריך 21/08/2024 בשעה 16:07:15
בביקור בתאריך 03/12/2024 בשעה 17:36:30
בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

דיון ואבחנה מבדלת: בביקור בתאריך 21/08/2024 בשעה 16:07:15
בביקור בתאריך 03/12/2024 בשעה 17:36:30
בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

אבחנה: • WHIPLASH INJURY
• FRACTURE OF RIB CLOSED Left
• TINNITUS
• ROAD ACCIDENT

בעיות ידועות: • FAMILY HISTORY OF ISCH HEART DIS UNDER AGE (11/2018)
• APPENDECTOMY (11/2018)
• OBESITY (11/2018)

תאריך: 27/02/2025

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 422874316



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

ד"ר אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז
תלפון: 0547001719	טלפון: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507
0300303773	

מרפאות חוץ

27/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 27/02/2025 עד תאריך - 26/08/2025

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול. ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה. ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.



024600

העתק טופס
02/12/2025ד"ר אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכלליתטלפון: 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	מ.י.ן: ז	טלפון: 0547001719	טל.עבודה/נייד: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507		

תאונת עבודה (תעודה נוספת)

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
אלברט	כן	

תוצאות הבדיקה:

בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43
מצב כללי טוב
ללא שינויים נוירולוגיים גסים
מגבלה בתהודה של פלג גוף עליון
כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

בביקור בתאריך 21/08/2024 בשעה 16:07:15

בביקור בתאריך 03/12/2024 בשעה 17:36:30

בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

אני מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

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

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 17/07/2024

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 25 ימים, היינו מיום: 06/10/2024

עד יום: 30/10/2024 (בכלל).

27/02/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה

תאריך: 11/05/2025

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 433796855



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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	מיקוד: 4076507	תלפון: 0547001719	מין: ז
ת.לידה: 31/01/1987	כתובת: הגליל 7, אריאל	תלפון: 03-9065050	פקס: 073-2132437

מכון פיזיותרפיה

תלונות: בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

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
טיפול באנגליקה טיפולי פיזו עם טיפולי רפואה משלימה
עדיין כאבי צוואר ו גב עם טינטון באוזניים. הופנה למרפאת כאב

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 16:14:04
לאחר ביקורת אורטופדיעת - מומלץ. המשך טיפול /פיזיו+ הידרותרפיה
לאחר ביקורת הבא - נשקול מרפאת כאב

ממצאים: בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43
מצב כללי טוב

ללא שינויים נוירולוגיים גסים
מגבלה בתהוועה של פלג גוף עליון
כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

בביקור בתאריך 21/08/2024 בשעה 16:07:15

בביקור בתאריך 03/12/2024 בשעה 17:36:30

בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 16:14:04

אבחנות:

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

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

בעיות ידועות:

מעשנת/ לא

סיבת ההפניה: טיפול בהידרוטרפיה

תאריך: 11/05/2025

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 433796855

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז
תלפון: 0547001719	טלפון: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507
0300303773	

מכון פיזיותרפיה

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2025 עד תאריך - 07/11/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

11/05/2025

חתימה וחותמת

תאריך

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.

תאריך: 11/05/2025

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 433797010



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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

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

מראות חוץ

הפעולה הנדרשת:

שם הטיפול	קוד
9943 בדיקת רופא	

מחלקה: טיפול בכאב

תלונות: בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

ב 17.07 היה מאורב בת.ד. במסגרת עבודה. התנגשות חזיטית 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
טיפול ב אנלגטיקה טיפולי פיזו עם טיפולי רפואה משלימה
עדיין כאבי צוואר ו גב עם טינטון באוזניים. הופנה למרפאת כאב

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 16:14:04
לאחר ביקורת אורטופדיעת - מומלץ. המשך טיפול /פיזיו+ הידרותרפיה
לאחר ביקורת הבא - נשקול מרפאת כאב

ממצאים: בביקור בתאריך 25/07/2024 בשעה 11:15:43
מצב כללי טוב

ללא שינויים נוירולוגיים גסים
מגבלה בתנועה של פלג גוף עליון
כאבי בית חזה בכל תנועה כולל נשימה עמוקה ו התעתשויות

בביקור בתאריך 21/08/2024 בשעה 16:07:15

בביקור בתאריך 03/12/2024 בשעה 17:36:30

בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 16:14:04

דיון ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 21/08/2024 בשעה 16:07:15

בביקור בתאריך 03/12/2024 בשעה 17:36:30

בביקור בתאריך 27/02/2025 בשעה 11:18:02

בביקור בתאריך 11/05/2025 בשעה 16:14:04

- WHIPLASH INJURY
- FRACTURE OF RIB CLOSED Left

אבחנה:



144804

קוד הפניה: 437731679

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

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		

פיזיותרפיה במים

תלונות: בן 38 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דו צד ובגב תחתון דו צד, עוצמת כאב VAS 8/10, מתקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במנוחה
המטופל עבר סידרה ממושכת של טיפולי פיזיותרפיה עם הטבה מזערית בלבד, עדיין קושי רב בתפקודי יומיומים הנ"ל, כאבים חזקים באזורים הנ"ל מעוניים בטיפול הידרותרפיה

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

אבחנה רופא מפנה:

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	05/06/2025	CERVICALGIA
לא	05/06/2025	LOW BACK PAIN
כן	05/06/2025	WHIPLASH INJURY

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

בעיות ידועות:

מעש/ת : לא

סיבת ההפניה: המטופל מופנה ל7 טיפולי הידרותרפיה בבריכת ראש המים שבפתח תקווה
מטרות תפקודיות: המטופל יצליח ללכת מעל חצי שעה ללא קושי או כאבים
המטופל יצליח לסובב של הראש לטווח מלא ללא קושי או כאבים
המטופל יצליח לישון לילה שלם ללא קושי או כאבים
לימוד תרגילים לתרגול עצמי במים
הוסבר למטופל על החשיבות של תרגול עצמי במים ושעליו לתרגל במקביל ובסיום הסידרה
המטופל יחזור להערכה חוזרת

כמות טיפולים 7

לא קיימת אף אחת מהתוויות הנגד לביצוע טיפול הידרותרפי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 05/06/2025 עד תאריך - 02/12/2025

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

05/06/2025

חתימה וחותמת
פיזיותרפיסט

תאריך

לקביעת תור בברכה חובה להצטייד במכתב הפניה של פיזיותרפיסט והתחייבות בתוקף. נא לתאם תור לאחת

תאריך: 05/06/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

פיזיותרפיה

דבורין חנן

פיזיותרפיה



144804

קוד הפניה: 437731679

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

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

פיזיותרפיה במים

הברכות בהסכם לפי רשימת הברכה באתר מכבי.

בתום הטיפולים בברכה נא ליצור קשר עם הפיזיותרפיסט המפנה ממכון מכבי.
תוקף ההפניה 3 חודשים מתאריך הפקתה עד תאריך

תאריך: 11/05/2025

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 433797010



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז
תלפון: 0547001719	טלפון: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507
0300303773	

מרפאות חוץ

- TINNITUS
- ROAD ACCIDENT

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

בעיות ידועות:

11/05/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 11/05/2025 עד תאריך - 07/11/2025

לתשומת לבך: הפניה זו איננה מהווה התחייבות לבית החולים. עליך לקבל בנוסף טופס התחייבות. במידה ולא קיבלת מהרופא טופס התחייבות עליך לפנות עם ההפניה לסניף מכבי הקרוב למקום מגוריך להמשך טיפול. ניתן לבקש התחייבות גם דרך האפליקציה. ברצוננו להדגיש כי נותן השירות יקבע ע"י מכבי בעת אישור הבקשה.

תאריך: 09/07/2025

מ.ר גורם מפנה



018667



קוד הפניה: 442650863

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

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		

התייעצות מומחה

תחום שירות: אורתופדיה - במכבי

מרפאה: מירפאת כאב

תלונות: לדבריו לפני שנה עבר תאונת דרכים במסגרת העבודה
נשברו 2 צלעות נחבל בכל גופו
לדבריו סובל מכאבים בעש צוארי ומתני

ממצאים: מוגבל בתנועותיו ותפקודו
CT עש צוארי שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק C2-C7
CT עש מתני שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק L4-S1
טופל עי פיזיותרפיה ללא הועיל

אבחנות:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

מעש/ת: לא

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

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: לטיפולכם המסור

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/07/2025 עד תאריך - 05/01/2026

09/07/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 09/07/2025

מ.ר גורם מפנה



018667



קוד הפניה: 442651224

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

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		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

מרפאה: מירפאת עמוד שידרה ביח בלינסון

תלונות: לדבריו לפני שנה עבר תאונת דרכים במסגרת העבודה
נשברו 2 צלעות נחבל בכל גופו
לדבריו סובל מכאבים בעש צוארי ומתני

ממצאים: מוגבל בתנועותיו ותפקודו
CT עש צוארי שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק C2-C7
CT עש מתני שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק L4-S1
טופל עי פיזיותרפיה ללא הועיל

אבחנות:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

מעש/ת: לא

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

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: ליעוצכם לשקול טיפול כירורגי או אחר

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 09/07/2025 עד תאריך - 05/01/2026

09/07/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 09/07/2025

מ.ר גורם מפנה



0052224870



018667

קוד הפניה: 442652019



מכבי שירותי בריאות

העתק טופס

02/12/2025

דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

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		

מרשם למדרסים

חדש

תלונות:

לדבריו לפני שנה עבר תאונת דרכים במסגרת העבודה
נשברו 2 צלעות נחבל בכל גופו
לדבריו סובל מכאבים בעש צוארי ומתני

ממצאים:

מוגבל בתנועותיו ותפקודו
CT עש צוארי שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק C2-C7
CT עש מתני שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק L4-S1
טופל עי פזיותרפיה ללא הועיל
נל כפות רגליים קשת קלה

אבחנה משוערת:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

למילוי על ידי ספק המדרסים

עיסוק: _____ משקל: _____ ק"ג. גובה: _____ ס"מ.
סוג הנעל: _____ מידת הנעל: _____

אבחנה

Deformity of mid Foot

⊙ מדרס קשיח מתקן

סוג מדרס:

מאפייני מדרס

הגבהה של קשת אורכית ללא הגבהה MPJ 1
פיזור לחצים על כף הרגל

09/07/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מובהר בזאת שההשתתפות הכספית של שירותי בריאות הנוספים מותנית בהזמנת מדרסים אצל ספק שבהסכם בלבד!
תוקף המרשם: 90 יום מתאריך הפקתו.

טרם רכישה, מומלץ לבדוק תנאי הזכאות לאביזר על פי כללי הביטוח המשלים באתר האינטרנט של מכבי (www.maccabi4u.co.il).
ניתן לרכוש מדרסים בהתאמת מחשב בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם. מדרסים בהתאמה אישית
ניתן לרכוש רק אצל המכונים בהסכם. הרכישה-בכפוף להצגת כרטיס מגנטי, ת.ז. והפניה זו, בתשלום השתתפות עצמית בלבד.
על תשלום השתתפות עצמית זו לא יינתן החזר.

רשימת נקודות הרכישה מפורסמת באתר האינטרנט של מכבי ואצל נציגי השירות במכבי ללא הפסקה-3555.
נפגעי תאונות עבודה מוכרים, שהינם מבטחי שב"ן- יוכלו לרכוש אביזרים הקשורים לתאונה על-פי כללי השב"ן.
בבתי מרקחת נבחרים של מכביפארם ובמכונים אורתופדיים בהסכם. לאחר מכן יהיו זכאים להחזר ההשתתפות העצמית, בכפוף לאישור
של רופא השירות במח' תאונות במחוז. מידע לגבי כללי הזכאות לנפגעי תאונות עבודה ניתן למצוא באתר האינטרנט של מכבי.
נפגעי תאונות דרכים- אין זכאות להשתתפות במימון אביזרים אורתופדיים באמצעות השב"ן.
קיימים מקרים בהם משרד הבריאות משתף בעלות אביזרים רפואיים. לפרטים ניתן לפנות למשרד הבריאות
ליחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות בטלפון 03-6061807/804 או לאתר האינטרנט של משרד הבריאות.

תאריך: 16/07/2025

מ.ר גורם מפנה



018667



קוד הפניה: 443850300

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

דר' בין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

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		

התייעצות מומחה

- במכבי

אורתופדיה

תחום שירות:

מרפאה: מירפאת עמוד שידרה ביח מאיר כפר סבא

תלונות: בביקור בתאריך 09/07/2025 בשעה 11:47:06 לדבריו לפני שנה עבר תאונת דרכים במסגרת העבודה נשברו 2 צלעות נחבל בכל גופו לדבריו סובל מכאבים בעש צוארי ומתני

בביקור בתאריך 16/07/2025 בשעה 18:06:33

ממצאים: בביקור בתאריך 09/07/2025 בשעה 11:47:06 מוגבל בתנועותיו ותפקודו CT עש צוארי שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק C2-C7 CT עש מתני שינויים שחיקתיים ובלטי דיסק L4-S1 טופל עי פיזיותרפיה ללא הועיל לנל כפות רגליים קשת קלה

בביקור בתאריך 16/07/2025 בשעה 18:06:33

דין ואבחנה מبدלת: בביקור בתאריך 16/07/2025 בשעה 18:06:33

אבחנות:

- LOW BACK PAIN
- CERVICALGIA

מעש/ת: לא

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

בעיות ידועות:

מטרת ההפניה: ליעוצכם וטיפולכם לשקול טיפול כירורגי

תאריך: 16/07/2025

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 443850300

מכבי שירותי בריאות

העתק טופס
02/12/2025

דר' ביין אברהם

כירורגיה אורתופדית | אורתופדיה קרסול וכף רגל

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-6944693

פקס: 03-6380830

כתובת: ז'בטינסקי 18 קומה 3 ב-פל, ראשון לציון (קומה 3 כניסה ב-פל)

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

התייעצות מומחה

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

יש להודיע מראש על דחיית/ביטול תור ליועץ.

אם הנך פונה לרופא פרטי, מומלץ לבדוק מראש האם הרופא נכלל ברשימת רופאי מכבי זהב/ מכבי שלי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 16/07/2025 עד תאריך - 12/01/2026

16/07/2025

חתימה וחותמת

תאריך

תאריך: 27/07/2025

מ.ר גורם מפנה



024600

קוד הפניה: 445433363



מכבי שירותי בריאות
העתק טופס
02/12/2025

דר' אוקראינסקי ז'נה
משפחה, פנימית וכללית

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.לידה: 31/01/1987	מין: ז
תלפון: 0547001719	טלפון: 0547001719
כתובת: הגליל 7, אריאל	מיקוד: 4076507

אחות

אבחנה:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

הערות	משך טיפול	סה"כ	תדירות	פעמים ביום	צורת מתן	פעולה	מינון	טיפול
								הדרכה להזרקה עצמית

מטופל - הנחיות

סוג טיפול	הנחיות
הדרכה להזרקה עצמית	יש לקבוע תור "מעקב והדרכה" לאחות. באתר מכבי online ; באפליקציית מכבי או במוקד מכבי ללא הפסקה 3555 *למעקב והדרכה להזרקה עצמית; עליך לרכוש את הזריקה ולהביא אותה להדרכה. עליך להישאר 20 דקות במרפאה להשגחה לאחר הזריקה.

** נא להצטייד בכרטיס מגנטי **

27/07/2025 16:53

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

לטיפול שאינו תרופתי או חיסון תוקף ההפניה ל-3 חודשים.

לקבלת חיסון, חובה להצטייד בפנקס חיסונים

לקביעת תור ניתן לחייג 3555* או 1-700-50-53-53

תאריך: 30/10/2025

מ.ר גורם מפנה



144804

קוד הפניה: 459382934

מכבי שירותי בריאות

פיזיותרפיה

02/12/2025

דבורין חנן

פיזיותרפיה

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

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		

פיזיותרפיה במים

בן 38 לאחר ת"ד חזיתית מתאריך 17.7.24 שבו נשברו 2 צלעות צד שמאל (7-8) וכאבים בצוואר דוצ ובגב תחתון דוצ, עוצמת כאב, VAS 8/10, מתקשה בסיבובי צוואר, תנועות הצוואר, התכופות, לישון בלילה, מוקל במנוחה המטופל עבר סידרה ממושכת של טיפולי פיזיותרפיה עם הטבה מזערית בלבד, עדיין קושי רב בתפקודי יומיומים הנ"ל, כאבים חזקים באזורים הנ"ל מעוניין בהמשך טיפולי הידרותרפיה

תלונות:

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

אבחנה רופא מפנה:

אבחנת פיזיותרפיסט:

אבחנה מובילה	תאריך	אבחנת פיזיותרפיסט
לא	05/06/2025	CERVICALGIA
לא	05/06/2025	LOW BACK PAIN
כן	05/06/2025	WHIPLASH INJURY

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

בעיות ידועות:

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה:

המטופל מופנה ל5 טיפולי הידרותרפיה נוספים
מטרות תפקודיות: המטופל יצליח ללכת מעל חצי שעה ללא קושי או כאבים
המטופל יצליח לסובב של הראש לטווח מלא ללא קושי או כאבים
המטופל יצליח לישון לילה שלם ללא קושי או כאבים
לימוד תרגילים לתרגול עצמי במים
הוסבר למטופל על החשיבות של תרגול עצמי במים ושעליו לתרגל במקביל ובסיום הסידרה
המטופל ימשיך לתרגל עצמאי

כמות טיפולים 5

לא קיימת אף אחת מהתוויות הנגד לביצוע טיפול הידרותרפי

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 30/10/2025 עד תאריך - 28/04/2026

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

30/10/2025

חתימה וחותמת
פיזיותרפיסט

תאריך

לקביעת תור בברכה חובה להצטייד במכתב הפניה של פיזיותרפיסט והתחייבות בתוקף. נא לתאם תור לאחת

תאריך: 30/10/2025

מ.ר גורם מפנה



144804

קוד הפניה: 459382934

מכבי שירותי בריאות

העיתק טופס
פיזיותרפיה
02/12/2025

דבורין חנן

פיזיותרפיה

טלפון: 03-9065050

פקס: 0732132437

כתובת: הערבה 1, אריאל

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

פיזיותרפיה במים

הבריות בהסכם לפי רשימת הבריות באתר מכבי.

בתום הטיפולים בבריות נא ליצור קשר עם הפיזיותרפיסט המפנה ממכון מכבי.
תוקף ההפניה 3 חודשים מתאריך הפקתה עד תאריך



בית משפט השלום בנתניה

ת"א 52927-04-25 פלוני נ' we sure חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

- 1 העתק כל פנייה אל המומחה תועבר במישרין לצד שכנגד.
- 2 8. בשכר טרחת המומחה בסך של 6,000 ₪ בצירוף מע"מ כדין תישא, בשלב זה, הנתבעת.
- 3 הצדדים יוכלו לטעון לעניין ההוצאות בתום ההליך.
- 4 9. תקנות סדר הדין האזרחי, התשע"ט – 2018, מפנות בתקנה 89 אל תקנה 16 לתקנות בתי
5 המשפט (רשימת מומחים מטעם בית המשפט), תשפ"ג-2022 שקובעת בסעיף קטן (ו) כי לצורך
6 מניעת ניגוד עניינים יצהיר מומחה מטעם בית משפט מיד עם קבלת המינוי ובטרם יחל תפקידו
7 על זיקות אישיות העשויות להיות לו בנוגע להליך, לבעלי הדין או לבית המשפט.
- 8 א. המומחה ימסור את הצהרתו על טופס 1 שבתוספת השנייה לתקנות המומחים והמזכירות
9 תשלח למומחה ביחד עם החלטה זו טופס זה.
- 10 ב. המומחה מתבקש למלא את הטופס ולהעבירו לבית המשפט כתנאי לכניסת המינוי
11 לתוקף.
- 12 10. המומחה מתבקש ליתן את חוות דעתו תוך 30 ימים מיום הבדיקה או קבלת החומר לפי
13 המאוחר, ורק לאחר ששכר טרחתו שולם במלואו.
- 14 11. לאחר קבלת חוות הדעת הצדדים רשאים להציג למומחה שאלות בכתב להבהרת חוות דעתו
15 כאמור בהוראות תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ז – 1986.
- 16 12. עם קבלת חוות הדעת וככל שלא מוצגות למומחה שאלות הבהרה, יגישו הצדדים תחשיבי נזק:
17 התובע תוך 30 ימים מיום קבלת חוות הדעת והנתבעת בתוך 30 ימים לאחר מכן. הצדדים יצרפו
18 לתחשיבים את כל המסמכים הרלוונטיים והצדדים יעבירו את תחשיבי הנזק צד למשנהו.
- 19 13. תוצגנה שאלות הבהרה, יגישו הצדדים תחשיבי נזק במועדים המפורטים לעיל לאחר קבלת
20 תשובותיו של המומחה.
- 21 14. התובע יגיש הודעת עדכון בנוגע למועד הבדיקה תוך 90 ימים מהיום.
- 22 15. לאור האמור, הדיון שנקבע ליום 9.12.2025 מתייתר והינו מבוטל בזאת.
- 23
- 24 ת.פ. 12.2.2026.
- 25
- 26 ניתנה היום, כ' חשוון תשפ"ו, 11 נובמבר 2025, בהעדר הצדדים.
- 27



בית משפט השלום בנתניה

ת"א 52927-04-25 פלוני נ' we sure חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

נועם רף, שופט