



## בית משפט השלום בכפר סבא

04 ספטמבר 2026

ת"א 10171-09-26 רוסו נ' מגדל חברה  
לביטוח בע"מ

### אישור פתיחת תיק

### مصادقة على تسجيل قضية

ניתן אישור כי ביום (تُصادق بهذا بأنه في يوم) 03/09/2026 בשעה (بالساعة) 16:08 נפתח בבית משפט זה (سجلت في المحكمة قضية تحمل الرقم) ת"א 10171-09-26 רוסו נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ.

שימת ליבך כי תיק זה נפתח על תנאי וככל שימצאו מחדלים שלא יתוקנו, התביעה תסגר בסיבה: "אי קבלה לרישום בשל אי מילוי הוראות הדין".

שימת לבך כי לפי הדין, מסמך שהוגש לאחר השעה 17:00 נחשב כאילו הוגש ביום החול שלאחריו.

בהתאם לכך, לגבי מסמכים שהוגשו לאחר השעה 17:00 מופיעה באישור זה השעה 7:00 ביום החול שלאחר יום ההגשה ולא מועד ההגשה המקורית.

אנשים עם מוגבלויות יכולים לפנות לבית המשפט בכתב, בבקשה לקבלת התאמות נגישות, לפי הצורך. לקבלת פרטים נוספים הנוגעים לקבלת התאמות נגישות, ניתן לפנות למרכז המידע הטלפוני שמספרו -077 3852 2703333 [www.court.gov.il](http://www.court.gov.il).

نوي اعاقه يمكنهم التوجه خطيا الى المحكمة، بطلب للحصول على ملائمة للتسهيل بحسب الحاجة. للحصول على تفاصيل اضافية يمكن التوجه الى مركز المعلومات الهاتفي 077-2703333 3852 \* [www.court.gov.il](http://www.court.gov.il).

דע לך כי באם תינתן החלטה בתיק על הוצאת צו (מכל סוג שהוא לרבות צו עיכוב יציאה מן הארץ), ויימצא כי מספר הזהות של נשוא הצו לא צוין, או שצוין אך נמצא שהוא שגוי, או שאינו קיים במרשם האוכלוסין – לא ניתן יהיה לבצע את הצו. הנך נדרש להמציא למזכירות בית המשפט בהקדם את פרטי נשוא הצו הנכונים על מנת שתוכל לפעול ליישום ההחלטה השיפוטית. היה ומדובר בזיהוי מסוג "מספר דרכון" יש לציין את שם הגורם בתיק באותיות לועזיות.



פסקי דין והחלטות מתפרסמים באתר הרשות השופטת, למעט אם הם אסורים בפרסום לפי הדין.

בעל דין בלתי מיוצג - מערכת בתי המשפט חוסכת לך זמן !

בוא לבצע את כל הפעולות ולהתעדכן בתיק בכל עת ובתנאי שבוצע רישום במערכת ההזדהות הממשלתית.



לפרטים ומידע, יש לסרוק את הקוד:

תאריך חתימת המסמך : 30.6.26

התובע : **עומר רוסי, ת.ז. 213479934**  
מרחוב הלוחמות 16/24, ראשון לציון 7538105  
טלפון : 054-9111320

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

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

סכום האגרה : 839 ₪ (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 12-181-39 (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 תעודת חובה, 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, כמנהל תיקי השקעות, מתקשה מאז התאונה ומחמת תוצאותיה בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכה נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.

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

7. בתאריך 12.9.25, בשעה 18:00 או בסמוך לכך, ברחוב פריימן, בראשון לציון, היה הרכב מעורב בתאונה עם רכב הנושא מ"ר 48-317-72, והתובע נפצע ונחבל בגופו (להלן: "התאונה").
8. לאחר התאונה החל התובע לסבול מכאבים בצוואר ובגב, הוא שהה במנוחה בביתו, בתקווה שמדובר בכאבים שיחלפו. אולם משלא חלפו, אחאף החמירו עם הקרנת הכאב ליד שמאל, פנה לקבלת טיפול רפואי במרכז הרפואי "שמיר" אסף הרופא, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני וביצוע דימות שוחרר התובע לביתו בהמלצה לנטילת משככי כאבים, המשך מעקב ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הגב והכתפיים פנה לקבלת טיפול רפואי בקהילה, בבדיקתו נמצאה הגבלה משמעותית בתנועות עם נימול בגפה הימנית העליונה והוחלט להפנותו להמשך בירור, פיזיותרפיה, נטילת תרופות לשיכוך כאב ומנוחה.
10. נוכח כאבים עזים והגבלה משמעותית בתנועות הצוואר, הגב והכתפיים וגפה עליונה שמאל הוחלט להפנותו לביצוע בדיקות הדמיה נוספות והנחיה למנוחה ממושכת.

11. בדיקת EMG שבוצעה לתובע הדגימה רדיקלופתיה בגובה C5-C6 . נוכח כאבים והגבלה בתנועות עמ"ש המותני עם הקרנת הכאבים למפשעה הופנה התובע לבדיקת MRI המוכוונת לאגן בנוסף הופנה להמשך מעקב וטיפול רפואה משלימה.

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

12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים, הגב והאגן, מחולשה ונימול ביד שמאל, מכאבים עזים, הקרנת הכאבים לאגן ולמפשעה, מקושי בעמידה, בישיבה ובהליכה ממושכת, מקושי וכאבים בכיפוף ויישור, מקושי בהרמה ונשיאה, הוא נזקק למעקב רפואי וטיפול תרופתי לשיכוך כאב והטיפוליים בו צפויים להימשך גם בעתיד.

13. התובע בוגר תואר בכלכלה וניהול, מנהל תיקי השקעות, עבודה הכרוכה מעצם טיבה וטבעה בישיבה ממושכת, מתקשה מחמת התאונה ותוצאותיה בביצוע עבודתו נזקק להפוגות ממושכות במהלכה, פספס הזדמנויות עסקיות 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, בשים לב לאופי פגיעתו נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

### חלק 3

#### 1. להלן פירוט נזקי התובע:

##### א. נזק מיוחד:

- (1) פגיעה בכושר ההשתכרות בעבר – ₪ 120,500
- (2) עזרת הזולת בעבר – ₪ 26,250
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר – ₪ 5,500
- (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר - ₪ 14,250

##### ב. נזק כללי:

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

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

פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:



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

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

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

  
אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובע



## תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

| שם המסמך                                                     | עמוד               |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|
| <a href="#">נספח 1: רוסו תעודת חובה</a> (עמודים 7 עד 7)      | <a href="#">7</a>  |
| <a href="#">נספח 2: תעודות רפואיות</a> (עמודים 9 עד 42)      | <a href="#">9</a>  |
| <a href="#">נספח 3: בקשה למינוי מומחים</a> (עמודים 44 עד 44) | <a href="#">44</a> |
| <a href="#">נספח 4: יפוי כח ווסר</a> (עמודים 46 עד 48)       | <a href="#">46</a> |



נספח 1 :

רוסו תעודת חובה

(עמודים 7 עד 7)



בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי:  
 גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 23  
 האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהגת  
 שנת קבלת רישיון נהיגה לרכב מסוג זה בישראל  
 של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא 2019  
 מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח רכב  
 חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים  
 הצפויים לנהוג ברכב הוא: 01  
 מספר פטילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות  
 של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0  
 ברכב קיימת מערכת לבקרת יציבות (ESP): כן  
 ברכב קיימת מערכת התרעה על אי שמירת מרחק  
 (FCW): כן  
 ברכב קיימת מערכת התרעה על סטייה מנתיב  
 (LDW): כן

בעלות הרכב ..... פרטית  
 אם הנתונים לעיל אינם מלאים, נבקש לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם

פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל 1970 (להלן - פקודת הביטוח) - תעודת ביטוח  
 שים לב - מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח עלולה להקטין את הפיצויים ששילמו  
 לבעל הפוליסה או להקנות למבטח זכות לפיצויים, כמפורט בסעיף 9 לפוליסה



נהגים נקובים + מספר זהות

|                                                                               |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| סוג רכב                                                                       | נפח/הספק              | סוג רכב לצורך ביטוח  |
| M1 - פרטי נפח מנוע: 1242 סמ"ק                                                 |                       | פרטי - M1            |
| שם בעל הפוליסה: רוסו דורון ו/או לינוי                                         | מספר זהות: 57318610   | מספר תעודה: 53841967 |
| כתובת: שרירא שמואל 3/31                                                       | ראשון לציון           | 7538107              |
| מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/04/25 | תאריך הוצאה: 26/03/25 | שעת הוצאה: 10:46     |
| מועד פקיעת הביטוח: 31/03/26 (בחצות)                                           |                       |                      |
| מספר הרישוי                                                                   | מספר שלדה             | היצרן + דגם          |
| 1218139                                                                       | 20000J477023          | פיאט 500 POP (0)     |
| מספר הסוכן                                                                    | שם הסוכן              | מספר פוליסה          |
| 366491                                                                        | איחוד-קש"ב            | 04 25163649825       |

ק.ד. 0737099

השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7  
 (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)

בני האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1  
 (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)

רשות הדואר בנק הדואר

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| שולם   | 2,204.00 ש"ח            |
| בתאריך | 26/03/25 בשעה 10:42     |
| חשבון  | 8068484 אסמכתא 53841967 |
| אישור  | 152499858 חותמת הבנק    |

אנו מאשרים בזה כי הפוליסה  
 שתעודה זו שייכה לה מוצאת לפי  
 הוראות פקודת הביטוח  
 מגדל חברה לביטוח בע"מ  
 אריה שלזר

הרחבות והגבלות  
 אין

|                             |
|-----------------------------|
| הסכום דמי ביטוח לתשלום בש"ח |
| 2,204.00                    |

תוקף הביטוח מותנה בפרעון בבנק של "הסכום לתשלום בש"ח" הנקוב בתעודה. בלי חותמת הבנק אין תוקף לתעודה זו.  
 כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

הודעת זיכוי

|                                                                               |                                        |                              |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| שם המבוטח: רוסו דורון ו/או לינוי                                              | 57318610                               | ראשון לציון                  | 7538107           |
| כתובת: שרירא שמואל 3/31                                                       |                                        |                              |                   |
| מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני: 01/04/25 |                                        |                              |                   |
| מועד פקיעת הביטוח: 31/03/26 (בחצות)                                           |                                        |                              |                   |
| מספר הרישוי                                                                   | היצרן                                  | מספר פוליסה                  | הסכום לתשלום בש"ח |
| 1218139                                                                       | 0 (0) POP 500 פיאט                     | 04 25163649825               | 2,204.00          |
| מספר הסוכן                                                                    | שם הסוכן                               | ש"י ייצור / מועד עלייה לכביש | מספר תעודה        |
| 366491                                                                        | איחוד-קש"ב                             | 2016                         | 53841967          |
| האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1                                             | השימוש מותר ברכב - על פי סעיפים: 1,6,7 | הרחבות והגבלות               | אין               |
| (מתוך חלק א' שעל גב תעודה זו)                                                 | (מתוך חלק ב' שעל גב תעודה זו)          |                              |                   |

דל חברה לביטוח בע"מ

נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 9 עד 42)



מרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001  
מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א

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

המרכז  
הרפואי  
שמיר



לבירור תוצאות בדיקות וקביעת תורים-  
היכנסו לפורטל שמיר אישי

## מחלקה לרפואה דחופה

מנהל מלר"ד: ד"ר משה שריסט

אחות אחראית: נטלי כרדי

טל: 08-9779910 פקס: 08-9779909

### \*\*\*סודי רפואי\*\*\*

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ז - 1996 וחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שרואה מסט לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות החוק. מטרת המידע בנוגד לקבע בזיכרון, אלא, מטרת עבודה. מסמך זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם לתבטוח רצף טיפולי

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: חוסן                                | ת. לידה: 05/10/2002 גיל: 22 |
| שם פרטי: עומר                                 | ת. זהות: 213479934 מין: זכר |
| כתובת: הלוחמות ראשון לציון 16/24 כניס 7538105 | מצב משפחתי: רווק/ה 0        |
| טלפון: 054-9111320                            | שם האב: דרון ישי שם האם:    |
| זמן קבלה: 09:26 13/09/2025                    | קופ"ח מכבי                  |
| זמן פתיחת גיליון: 09:33 13/09/2025            | מספר מקרה: 12440382         |
| זמן שחרור: 10:29 13/09/2025                   |                             |

## סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור



### אבחנות במלרד

| אבחנה           | קוד   | צד | תאריך | עיקר | S/P | MP | Rec |
|-----------------|-------|----|-------|------|-----|----|-----|
| Whiplash injury | 847.0 |    |       | ✓    |     |    |     |

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

### בדיקת רופא ראשונית

בן 22

בריא בדרכי ללא מחלות חקע או אלרגיות

לדבריו, אתמול מעורב הים בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחורי. ללא פתיחת כריות אוויר. ללא איבוד הכרה. יצא בכוחות עצמה מהרכב. ללא איבוד שליטה על סוגרים. ללא ירידה בתחושה פריאנלית או באיבר המין מהלילה החמרה בכאבים כעת מלין על כאב צוואר וגב תחתון.

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועת צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר. שמור ניוורולוגית וסנסורית בעצור ASIA E - כח תחושה ומוטוריקה שמורים ב 4 גפיים, עומד על עקבים ואצבעות. כיפוף ויישור גב מלאים, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מותני. החזרי פיקה אכילס תקינים, ללא היפרפינקליה. הופמן טרמנר בבינסקי קלונס שלילים. הגעת ירכיים וברכיים מלאה ללא כאב. טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

\*\*\*סודי רפואי\*\*\*

המשך מכתב: 213479934 עומר רוטו

בצילומים - ללא ממצא חריף

לסיכום - תאונת דרכים במנגנון הצלפת שוט" ללא ממצא חריף

הוסבר לחולה על האבחנה ועל המשך הטיפול

המלצות:

-מנוחה יומיים

-שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1ג' עד 3 פעמים ביום לפי הצורך

-בהחמרה בכאב, חסר תחושה 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.

מידים אחרונים

| SAT | T  | P  | BP     |
|-----|----|----|--------|
| 99  | 37 | 68 | 114/67 |

חתימת רופא

| שם החותם                  | תפקיד                 | זמן חתימה        |
|---------------------------|-----------------------|------------------|
| דר' גלבע דור מ.ר. 1182914 | רופא/ה מורשה/ית שחרור | 13/09/2025 10:29 |



תאריך: 18/09/2025

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר. גורם מפנה

ד"ר שטיינמץ בועה

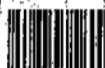
משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה



0039906490



135927



קוד הפניה: 453691903

טלפון: 03-9634800

פקס: 03-9011744

כתובת: ירושלים 129, ראשון לציון (פינת הלוחמות)

|                                |                |                   |                            |
|--------------------------------|----------------|-------------------|----------------------------|
| פרטי הנבדק:                    | שם משפחה: רוסו | שם פרטי: עומר     | ת.ז.: 213479934            |
| ת.לדה: 05/10/2002              | מין: ז         | טלפון: 0549111320 | טל. עבודה/נייד: 0549111320 |
| כתובת: הלוחמות 16, ראשון לציון | מיקוד: 7568901 |                   |                            |



0213479934

## חדר מיון

בבדיקה שערכתי בתאריך: 18/09/2025 בשעה: 13:26

סוג מיון: מיון כללי

רקע רפואי: בן 22 רווק

סטודנט לכלכלה

שולל עישון

פריקות כתף חוזרת - שמאל על כן גם שוחרר מוקדם מצה"ל

ללא טיפול תרופתי קבוע

תפוחת חשודה לפסוריאזיס מטופל בדיפרוסליק לסירוגין

לא ידועה רגישות לתרופות

ללא אשפוזים או ניתוחים

במשפחה -

סבא (אמא) - מחלת לב איסכמית בגיל צעיר, אמא ודודים בריאים

תלונות: ב-12/9 היה מעורב בתאונת דרכים בתור נהג רכב פרטי בכביש עירוני, רכב פגע ברכבו מאחורה, היה חגור, נחבל בראשו מההגה, לא נפתחו כריות האוויר

יום למחרת פנה למיון שמיר צולם ונבדק שוחרר עם משככי כאבים

עדיין כאוב למרות אופטלגין, בעיקר צוואר ושכמות

ביד שמאל נימול קל ללא חולשה

ממצאים: מצב כללי טוב, הגבלה משמעותית בתנועות הצוואר לכל הכיוונים

ללא רגישות ממוקמת בניקוש חוליות עמו"ש צווארי

יש רגישות על שרירי הטרפזואיד

כוח גס שמור ברזעות ובאצבעות דו"צ

אי כוחות/נימול/תחושה עמומה זרוע שמאל

לחץ דם: 85 / 126 / דופק: 79

אבחנות:

- ROAD ACCIDENT
- WHIPLASH INJURY

מעש/ת: לא

מופנה בדחיפות לחדר מיון לצורך:

לאחר תאונה כאבי צוואר

נימול זרוע שמאל ללא חולשה

במקרה של חוסר שיפור/החמרה מופנה להערכה אורטופדית דחופה

\*\* הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה \*\*

תוקף הפניה זו לתאריך 18/09/2025 בשעה 13:26

תאריך: 18/09/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שטיינמץ נועה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה



0039906490



135927



קוד הפניה: 453691903

טלפון: 03-9634800

פקס: 03-9011744

כתובת: ירושלים 129, ראשון לציון (פינת הלוחמות)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 213479934

שם פרטי: עומר

שם משפחה: רוטן

טל.עבודה/נייד: 0549111320

0549111320

טלפון:

מין: ז

ת.לידה: 05/10/2002



0213479934

מיקוד: 7568901

הלוחמות 16, ראשון לציון

כתובת:

חדר מיון

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

18/09/2025

תאריך

מכבי  
ד"ר נועה שטיינמץ  
רופאת משפחה  
מ.ר 1-135927  
4465901

חתימה וחותמת

נא לצרף מסמכים רלוונטיים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

תבר מכבי, יש להציג העתק טופס זה, מכתב שחרור וחשבון חדר מיון בעת הפניה לסניף הקופה לקבלת התחייבות



מכבי שירותי בריאות

פרטי מטופל

שם מטופל: חסו עומר  
ת"ז: 213479934  
גיל: 22 שנים ו-11 חודשים  
טלפון: 0549111320, 0549111320

מ"ז  
0213479934



פרטי גורם מטפל

שם גורם מטפל: ד"ר שטיינמץ נועה  
מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה  
טלפון: 03-9634800

מס ביקור  
000326431830  
פקס: 03-9011744

רשימת תרופות שהופק להן מרשם דיגיטלי בביקור מתאריך: 18/09/2025 (דף זה אינו מרשם)

| שם התרופה                                      | אופן השימוש הנחית         | משך הטיפול | מיקום התרופה | לפי השינה | תאריך תחילת/סיום      | הערות                                         |
|------------------------------------------------|---------------------------|------------|--------------|-----------|-----------------------|-----------------------------------------------|
| tab. etoricoxib 60 mg<br>ETORICOXIB, * ARCOXIA | לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום | 10 ימים    | 1 טבליה      |           | 18/09/2025-16/10/2025 | כמות לניפוק: TAB 10<br>** השתתפות עצמית: 70 % |
| tab. diazepam 2 mg<br>* ASSIVAL                | לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום | 5 ימים     | 1 טבליה      |           | 18/09/2025-16/10/2025 | כמות לניפוק: TAB 5<br>** השתתפות עצמית: 10 %  |



\* ידוע לי שמורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. \*\* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב. במקרה של כשל תקשורת לא ניתן לנפק את התרופות. רשומה זו אינה תחליף למרשם רפואי. תרופות שדורשות מרשם נ"ר אינן מוצגות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.



תאריך: 29/09/2025

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



קוד הפניה: 454879123

טלפון: 03-9418010

פקס: 03-9449383

כתובת: שז"ר זלמן 18, ראשון לציון

ד"ר סרחאן מוחמד

כיורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כיורגיה אורתופדית

|                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| פרטי הנבדק:                    |                   |
| שם משפחה: רוטו                 | שם פרטי: עומר     |
| ת.לידה: 05/10/2002             | מיון: ז           |
| תל.יד: 0549111320              | טלפון: 0549111320 |
| כתובת: הלוחמות 16, ראשון לציון | מיקוד: 7568901    |
|                                |                   |

## מכון פיזיותרפיה

תלונות: כאבי צוואר כתפיים וגב  
הגבלה בתנועות  
נימול באמה שמאל  
לאחר תד לפני שבוע  
פגיעה אחורית ברכב.  
לא נפתחו כריות אוויר

אבחנות:

• WHIPLASH INJURY

מעשלת: לא

## סיבת ההפניה: לטיפולכם

תוקף ההפניה ל-180 יום, מתאריך - 29/09/2025 עד תאריך - 28/03/2026

\*\*נא להגיע עם מסמכים רלוונטיים\*\*

29/09/2025

חתימה וחתימת

תאריך

קביעת תור לטיפול ראשון - במוקד מכבי ללא הפסקה 3555\*. תורים לטיפול המשך ותור ראשון לטיפול בתחומים מיוחדים (לדוגמה - 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: 08/10/2025

## מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



ד"ר סרחאן מוחמד

כירורגיה אורתופדית

התמחויות:

מומחה כירורגיה אורתופדית

טלפון: 03-9418010

פקס: 03-9449383

כתובת: שד"ר זלמן 18, ראשון לציון (קומה ב')

|                                |  |                |  |                   |  |                           |  |
|--------------------------------|--|----------------|--|-------------------|--|---------------------------|--|
| פרטי הנבדק:                    |  | שם משפחה: רוסו |  | שם פרטי: עומר     |  | ת.ז.: 213479934           |  |
| ת.לידה: 05/10/2002             |  | מין: ז         |  | טלפון: 0549111320 |  | טל.עבודה/נייד: 0549111320 |  |
| כתובת: הלוחמות 16, ראשון לציון |  | מיקוד: 7568901 |  |                   |  |                           |  |
| 0213479934                     |  |                |  |                   |  |                           |  |

אישור מחלה

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

איננה מסוגלת לעבוד מיום: 21/09/2025 עד יום: 21/10/2025 סה"כ: 31 ימים.

08/10/2025

חתימה וחתימת הרופא

תאריך





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: 11/11/2025

## סיכום ביקור

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| פרטי המטופל:    |              |
| שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר    |
| מס זהות:        | 00213479934  |
| גיל:            | 23.01 מין: ז |
| ת.לידה:         | 05/10/2002   |
| מס בית:         | 24 / 16 א    |
| טלפון:          | 54-4512865   |
| טלפון נוסף:     | 54-4512865   |
| רחוב:           | הלוחמות      |
| מספר דירה:      | 54-4512865   |

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

## שלום רב,

תאריך הביקור: 11/11/2025

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.

בדיקה גופנית: רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקינה

| קוד  | אפיון                 | אבחנה |
|------|-----------------------|-------|
| 8470 | WHIPLASH INJURY       |       |
| 7261 | ROTATOR CUFF SYNDROME |       |
|      | BILATERAL             |       |

| קוד | סטטוס | הפניה        | פרטי החפניה           |
|-----|-------|--------------|-----------------------|
| H3  | הודפס | הפניה לדימות | US o.a-78003 כתף ימין |

## תרופות

| תרופה                    | הגשה מנה | יחידה | סה"כ משך D פ | OP   | P  | M | K | N | W |
|--------------------------|----------|-------|--------------|------|----|---|---|---|---|
| ETORICOXIB TAB 90MG 90MG | 1        | TAB   | 1            | D 14 | 14 |   |   |   |   |

| קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|-----|------------|------------|-------|
| 11  | 21/11/2025 | 31/12/2025 | הודפס |

## בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



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

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 11/11/2025

## הפניה לדימות

|              |                 |           |             |             |         |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|---------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מס זהות:    | 00213479934 | גיל:    | 23.01       | מין:       | ז |
| ת.לידה:      | 05/10/2002      | ישבו:     | ראשון לציון | רחוב:       | הלוחמות | טלפון נוסף: | 54-4512865 |   |
| מס בית:      | 16 / 24         | א         | טלפון:      | 54-4512865  |         |             |            |   |

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32061319569

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



2061



032061319569



0213479934



024373

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות 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 והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

## שירות שנבחר

שירות רפואי  
10405031  
10405032

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב  
78003 US L1028 א.ס. כתף ימין  
78003 US L1028 א.ס. כתף שמאל

המטופל מתלונן על חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון.  
מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.

ממצאים עיקריים: רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.  
נירוסקולרי תקינה

## אבחנה משוערת

| אבחנה                 | איפיון    | קוד  |
|-----------------------|-----------|------|
| WHIPLASH INJURY       |           | 8470 |
| ROTATOR CUFF SYNDROME | BILATERAL | 7261 |

## בעיות פעילות

| בעיה    | איפיון | מגילוי     |
|---------|--------|------------|
| EARACHE |        | 25/03/2024 |

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח  
מפורסמת באתר הכללית

דף 1

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

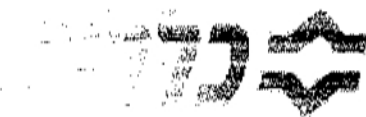
הפניה לדימות

11/11/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



|          |                                    |            |            |
|----------|------------------------------------|------------|------------|
| 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: 11/11/2025

## אישור מחלה

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| פרטי המטופל:    |              |
| שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר    |
| ת.לידה:         | 05/10/2002   |
| מס בית:         | 16 / 24 א    |
| מס זהות:        | 00213479934  |
| גיל:            | 23.01 מין: ז |
| רחוב:           | הלוחמות      |
| טלפון נוסף:     | 54-4512865   |
| שוב:            | ראשון לציון  |
| טלפון:          | 54-4512865   |

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 21/11/2025 עד תאריך: 31/12/2025 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 41

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת 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

11/11/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

טופס התחייבות

תז מטופל



307251585



213479934



## עותק שנשלח בדוא"ל

## חסוי/אישי

תאריך: 12/11/2025

מחוז מנפק : 007 מרכז

מחוז מטופל : 007 מרכז

מרפאה מנפקת : 5200 ירושלים טלפון: 03-9599300

מנהלת מטופל : 03 רני"ר

מרפאת מטופל : 5200 מרפאת ירושלים ראשלי"צ טלפון: 03-9599300

### התחייבות לתשלום עבור שירותי בריאות (טופס 17) לטיפולים אמבולטורים מספר: 307251585

לכבוד : ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ לקביעת תור : 003-9305652

מטופל : רוסו עומר 4-0021347993

רופא מטפל : 19656 אלון זהבה פרו

רופא מפנה : 24373 רובינשטיין אלכסנדר

| קוד שירות | תאור הטיפול / בדיקה | קוד שירות | קוד שירות |
|-----------|---------------------|-----------|-----------|
| 78003     | US אורטופדי         | 1         | 78003     |

תאריך תוקף ההתחייבות עד : 12/05/2026

תאריך התור : 12/11/2025

חשבונו בבנק יחויב בסך של 40.00 ש"ח, אישור מספר 2068700

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאה לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

התחייבות בטופס זה היא רק עבור השירותים המופיעים למעלה ורק למוסד רפואי זה ובתנאי שהמטופל רשום בכללית

במועד מתן השירות.

### חשוב: כל בתי החולים של כללית עומדים לרשותך !

רוצה לקבל את השירות במקום אחר ? אם עדיין לא מימשת את ההתחייבות, אפשר לבטל ולהוציא בקלות טופס התחייבות חדש למוסד רפואי אחר מתוך רשימת הספקים בהסדר

לספקים נוספים ניתן לפנות לצוות המרפאה או לערוצים הדיגיטליים

| טלפון לזימון תור | יישוב         | ספקים בהסדר בחירה             |
|------------------|---------------|-------------------------------|
| *2700            |               | מרפאות קהילה                  |
| *2700            |               | מור-מכון למידע רפואי בע"מ     |
| 03-9305652       | פתח תקווה     | ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ |
|                  | ראשון לציון   | מאר ראשון לציון               |
| 05-5790673       | מבשרת ציון    | משוב מור"ל                    |
| *2700            | ירושלים       | מאר ירושלים                   |
| 09-7440155       | כפר סבא       | משוב יבנה                     |
| 1700-70-8190     | שוהם          | מאר שוהם                      |
| 159-9520520      | ירושלים       | ט.ר.מ מכבים בע"מ              |
| 08-8586478       | קריית מלאכי   | משוב קריית מלאכי              |
|                  | מודיעין עילית | מאר מודיעין עילית             |

### כללית מאחלת לך בריאות טובה !

אם אין שינוי בבחירתך, עמוד זה הוא הטופס הנדרש לקבלת השירות

הודפס בתאריך: 25/12/2025 18:28  
הודפס ע"י: ד"ר אלכסנדר סיווחה  
רישום מתאריך: 25/12/2025 18:23:17

דף 1

רישום ביקורים  
רוסו עומר; ת.ז.: 00-21347993-4; גיל: 23.2

גיל המטופל: 23.02

תאריך ביקור: 25/12/2025

סוג ביקור: 0 ביקור רגיל

מהות הביקור: רגיל

## סימנים חיוניים

גובה: 185 נמדד ב: 21/03/2024

משקל: 73 נמדד ב: 21/03/2024

BMI: 21.33

לחץ דם: 61 / 113 נמדד ב: 21/03/2024 דופק: 67

מתאריך: 24 eGFR: 110.77

FILL OUT FORMS

אבחנה

איפיון

קוד

1

דיון/תוכנית טיפולית: מטופל אחרי תאונת דרכים התקבל עם כאבים בגב עליון ממקור MSK אחרי תאונת דרכים  
בדיקה נירולוגית ללא ממצא גס

P M Q N OP סה"כ משך D פ יחידה הגשה מנה תרופה  
1 W 1 N יחידה 1 D 1 זריקה 1 INJ 1 75MG/3ML 3 75MG/3ML 1  
DICLOFENAC SOD INJ 75MG/3ML 3 75MG/3ML 1

ניתנה הוראה ל

מתן תרופה

## פרטי עדכון

שם מרפאה: מרפאת גני ראשון עצמאית

קוד מרפאה: 2554

קוד מחוז: 07

תאריך עדכון: 25/12/2025

רופא מעדכן: ד"ר אלכסנדר סיווחה

מס רשיון: 177717

מקצוע המעדכן: 1 רפואת משפחה

שימוש פנימי

ביקור ללא כרטיס 2

סוג הסכם: שכיר



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

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 09/02/2026

## סיכום ביקור

|              |                 |           |             |             |         |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|---------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מס זהות:    | 00213479934 | גיל:    | 23.04       | מין:       | ז |
| ת.לידה:      | 05/10/2002      | ישבו:     | ראשון לציון | רחוב:       | הלוחמות | טלפון בוסף: | 54-4512865 |   |
| מס בית:      | 24 / 16         | א         | טלפון:      | 54-4512865  |         |             |            |   |

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

## שלום רב,

תאריך הביקור: 09/02/2026

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:  
חבלה מאחורה ברכב בו נהג, סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון.  
מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.  
09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים  
תקין  
סובל מנימול ביד שמאל

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:  
רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.  
בירוסקולרי תקינה  
09/02/2026: ללא שינוי

| קוד  | אפיין     | אבחנה                 |
|------|-----------|-----------------------|
| 8470 |           | WHIPLASH INJURY       |
| 7261 | BILATERAL | ROTATOR CUFF SYNDROME |
| 7242 |           | LOW BACK PAIN         |

| קוד | סטטוס      | פרטי ההפניה        | הפניות | טופס הפניה כללי |
|-----|------------|--------------------|--------|-----------------|
| H4  | הודפס      | EMG-אלקטרומיוגרפיה | 56016  |                 |
| קוד | מתאריך     | עד תאריך           | סטטוס  | אישור מחלה      |
| 1   | 09/02/2026 | 28/02/2026         | הודפס  |                 |

## בברכה,

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1

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

סיכום ביקור

09/02/2026

הודפס ע"י 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

כתובת  
מרפאה

12:56 תאריך: 09/02/2026

## הפניה כללית

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| פרטי המטופל:    |              |
| שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר    |
| ת.לידה:         | 05/10/2002   |
| מס בית:         | 24 / 16 א    |
| מס זהות:        | 00213479934  |
| גיל:            | 23.04 מין: ז |
| רחוב:           | הלוחמות      |
| טלפון מספר:     | 54-4512865   |
| ראשון לציון:    | 54-4512865   |

12/09/2025 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32061343141

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061343141

תז נבדק



0213479934

מספר רשיון



024373

לכבוד: מכון אלקטרופיזיולוגי

שירות שנבחר

| שירות רפואי | קוד שירות | קוד משה"ב | תיאור רפואי              |
|-------------|-----------|-----------|--------------------------|
| 56016       | 56016     | 95861     | אלקטרומיוגרפיה EMG       |
| 56557       | 56557     | 95900     | בדיקת מוליכות העצב - NCT |

אבחנה משוערת:

| אבחנה                 | איפיון    | קוד  |
|-----------------------|-----------|------|
| WHIPLASH INJURY       |           | 8470 |
| ROTATOR CUFF SYNDROME | BILATERAL | 7281 |
| LOW BACK PAIN         |           | 7242 |

תלונות: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:

חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.

09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים תקין

סובל מנימול ביד שמאל

ממצאים בבדיקה: בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:

רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.

נירוסקולרי תקינה

09/02/2026: ללא שינוי

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מגילוי     | איפיון | בעיה    |
|------------|--------|---------|
| 25/03/2024 |        | EARACHE |

תרופות קבועות

| תרופות                          | כמות | א. הגשה | פעמים | ב... |
|---------------------------------|------|---------|-------|------|
| MENTAX CR 1% 10G 1%             |      | מריחה   | 1     | ביום |
| COMAGIS 15GM (N) CREAM CF       |      | מריחה   | 1     | ביום |
| TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG | 1    | טבליות  | 1     | ביום |

דף 1

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

הפניה כללית

09/02/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

**בדיקה: גפיים עליונות**

| <b>ד"ר אלכסנדר רובינשטיין</b>                                                                         | <b>24373</b>      | <b>**נחתם דיגיטלית**</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|
| <b>שם הרופא</b>                                                                                       | <b>מספר רשיון</b> | <b>חתימה וחולמת הרופא</b> |
| בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.                |                   |                           |
| פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית |                   |                           |



הפניה כללית

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

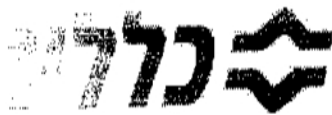
דף 2

רוסו עומר

00213479934

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

09/02/2026



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

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

שם הרופא  
תחום  
כתובת  
מרפאה

תאריך: 09/02/2026

## אישור מחלה

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| פרטי המטופל:    |              |
| שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר    |
| ת.לידה:         | 05/10/2002   |
| מס בית:         | 24 / 16 א    |
| מס זהות:        | 00213479934  |
| גיל:            | 23.04 מין: ז |
| רחוב:           | הלוחמות      |
| טלפון מסך:      | 54-4512865   |
| ישוב:           | ראשון לציון  |
| טלפון:          | 54-4512865   |

תאריך תאונה 12/09/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

אבחנה  
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

סובל מ  
קוד 79989  
איפיון

מומלץ על מנוחה מתאריך: 09/02/2026 עד תאריך: 28/02/2026 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 20

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת 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

09/02/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



|          |                                    |            |            |
|----------|------------------------------------|------------|------------|
| 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: 10/02/2026

## אישור מחלה

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| פרטי המטופל:         | חוסו עומר              |
| שם משפחה ופרטי:      | 05/10/2002             |
| ת.לידה:              | ישוב: ראשון לציון      |
| מס בית: 24 / 18 א    | טלפון: 54-4512885      |
| מס זהות: 00213479934 | טלפון נוסף: 54-4512885 |
| גיל: 23.04           | מין: ז                 |

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

אבחנה  
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

סוגל מ קוד איפיון  
79989

תומלץ על מנתה מתאריך: 01/01/2026 עד תאריך: 08/02/2026 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 39

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחוקמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

|            |                                                   |            |
|------------|---------------------------------------------------|------------|
| דף 1       | ***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*** | אישור מחלה |
| 10/02/2026 | הודפס על ידי ד"ר אלכסנדר רובינשטיין               | חוסו עומר  |



מספר רשיון 243/3  
טלפון 03-9681888  
פקס 03-9681842  
מחוז מרכז

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 13/04/2026

## סיכום ביקור

|                    |                 |            |          |             |       |          |             |            |
|--------------------|-----------------|------------|----------|-------------|-------|----------|-------------|------------|
| פרטי המטופל:       | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר  | מס זהות: | 00213479934 | גיל:  | 23.06    | מין:        | ז          |
| תלונות/סיבת הפניה: | תלמידה:         | 05/10/2002 | ישוב:    | ראשון לציון | רחוב: | הלווחמות | טלפון נוסף: | 54-4512865 |
| מס בית:            | 16 / 24         | א          | טלפון:   | 54-9111320  |       |          |             |            |

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

## שלום רב,

תאריך הביקור: 13/04/2026

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:  
חבלה מאחורה ברכב בו נהג סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון.  
מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.

09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים  
תקין

סובל מנימול ביד שמאל  
13/04/2026: מרגיש חולשה באגן וכאבים במפשעה שמאלית. בנוסף כאבים  
וחולשה בצוואר, כתפיים וגב עליון. צילום אגן - ב.מ.פ.

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:  
רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.  
נירוסקולרי תקין

09/02/2026: ללא שינוי  
13/04/2026: רגישות בהנעת מפרק ירך שמאל. רגישות בצוואר, כתפיים וגב עליון  
עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין

| קוד  | איפיון    | אבחנה                 |
|------|-----------|-----------------------|
| 8470 |           | WHIPLASH INJURY       |
| 7281 | BILATERAL | ROTATOR CUFF SYNDROME |
| 7242 |           | LOW BACK PAIN         |
| 7194 | LI        | PAIN HIP              |

## תרופות

| ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG | 1 | TAB | יחידה | סה"כ משך D | 10 | 10 | יחידה | OP | N | 1 | W |
|-----------------------------|---|-----|-------|------------|----|----|-------|----|---|---|---|
|-----------------------------|---|-----|-------|------------|----|----|-------|----|---|---|---|

## בברכה,

נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1

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

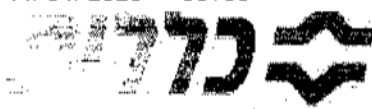
סיכום ביקור

13/04/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



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

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 13/04/2026

## אישור מחלה

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| פרטי המטופל:    | רשום עומר   |
| שם משפחה ופרטי: | 05/10/2002  |
| ת.לידה:         | 16 / 24     |
| מס בית:         | 54-9111320  |
| מס זהות:        | 00213479934 |
| גיל:            | 23.06       |
| מין:            | ז           |
| רחוב:           | הלוחמות     |
| טלפון נוסף:     | 54-4512865  |

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

אבחנה  
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

סובל מ קוד איפיון

79989

מומלץ על מנוחה מתאריך: 09/02/2026 עד תאריך: 28/02/2026 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 20

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1

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

אישור מחלה

13/04/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רשום עומר



012061244593

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

**כללית**

רשימת ניפוק לבית מרקחת

גיל: 23.06 מין: ז

רוסו עומר

מס' זהות: 00213479934

ביקור עקב תאונת דרכים

**ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG**

999001411

(ETODOLAC ER TEVA(M) 600MG(20)T, ETOPAN 600MG XL (M) TAB)

למשך 10 ימים סה"כ 10 יח

טבליות 1 x 1 ביזם

תוקף מרשמים: 13/07/2026 - 13/04/2026



מס' רישיון



024373

טלפון: 03-9681888

שם מפיק/ה המרשם: 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\*\*\*

דף 1

תאריך הדפסה: 13/04/2026

# שירותי בריאות כללית

מחוז: מרכז

מרפאה: 5200 ירושלים

ירושלים 21 ראשון לציון 03-9599300

תאריך: 13/04/26

שעה: 12:41

**אישור: 02105229 / 1**

מספר תיק:

עבור: 2 תשלום עבור טופס התחייבות

לכבוד: 0021347993 רוסו עומר

פירוט גביה:

תאריך ביקור

קוד תאור שירות

13/04/26

2 אמבולטורי מכון פרטי

מכון: 7812 ממזגורף-מכון לאבחון רפואי בע"מ

קבוצה: 2 EMG

שירות: 56016 אלקטרומיוגרפיה, EMG

סה"כ לטופס:

חשבונית בבנק יחויב בסך של:

קופאי: 520425 - 8 טסמה מליסה

לשירותים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים

מתאריך ההתחייבות הראשון לתקופה

ככל שטופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו

לשם קבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור

להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

הערה: חלק זה ימלא ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

**תודה ולהתראות**

# שירותי בריאות כללית

מרכז

ת: 5200 ירושלים

ירושלים 21 ראשון לציון 03-9599300

13/04/26

12:41

מקור

אישור: 1 / 02105229

מספר תיק: 589906114

2 תשלום עבור טופס התחייבות

0021347993 רוסו עומר

גביה:

לתשלום

תאריך ביקור

תאור שירות

41.00

13/04/26

אמבולטורי מכון פרטי

7812-ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ

קבוצה: 2 EMG

56016 אלקטרומיוגרפיה, EMG

41.00

סה"כ לטופס :

41.00

יך בנק יחיד בסך של:

520425 - 8 טסמה מליסה

תים החייבים בגביה רבעונית תוקף הקבלה 3 חודשים

יך ההתחייבות הראשון לתקופה

טופס ההתחייבות לא ימומש, אנא פנה למרפאו

בבלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור

להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

: חלק זה ישלח ידנית רק אם שם המשלם לא הודפס בקבלה

תודה ולהתראות

## MAMMOGRAPH INSTITUTE

NEUROPHYSIOLOGY DEP

ASHDOD RISHON-LE-TZION TEL-AVIV BAT-YAM NETANIA HADERA

03-9347891 04-6221125

DR ROZANOV S

EMG EXAMINATION DATE : 29/04/2026 10:48:56

PATIENT: OMER ROZO

ID NUMBER: 0213479934

| MOTOR NERVES   | STIM - REC          | LAT<br>[ms] | AMP<br>[mV] | CV<br>[m/s] | AMP %<br>[%] | DIST<br>[mm] |
|----------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Axillary-Right | Erb - Deltoid       | 3.5         | 6.6         | --          | --           | --           |
| Axillary-Left  | Erb - Deltoid       | 3.4         | 6.4         | --          | --           | --           |
| Medianus-Left  | Wrist - APB         | 2.5         | 7.4         | --          | --           | 80           |
|                | BI Elb - Wrist      | 6.5         | 7.4         | 58          | 1.1          | 230          |
| Ulnaris-Left   | Wrist - ADM         | 1.8         | 5.6         | --          | --           | 80           |
|                | BI Elbow - Wrist    | 6.1         | 5.7         | 54          | 2.3          | 230          |
|                | Ab Elbow - BI Elbow | 7.1         | 5.7         | 69          | 0.2          | 70           |

## EMG SCORING

| MUSCLE      | INSERTION ACTIVITY |        | SPONTANEOUS ACTIVITY |        | AMPLITUDE |        | DURATION |        | POLYPHASIC |        |
|-------------|--------------------|--------|----------------------|--------|-----------|--------|----------|--------|------------|--------|
|             | RT                 | LT     | RT                   | LT     | RT        | LT     | RT       | LT     | RT         | LT     |
| Deltoid     | Normal             | Normal | Absent               | Absent | +         | +      | +        | +      | +          | +      |
| Biceps      | Normal             | Normal | Absent               | Absent | +         | +      | +        | +      | +          | +      |
| Triceps     | Normal             | Normal | Absent               | Absent | Normal    | Normal | Normal   | Normal | Normal     | Normal |
| Ext Indices | Normal             | Normal | Absent               | Absent | Normal    | Normal | Normal   | Normal | Normal     | Normal |
| FDI         | Normal             | Normal | Absent               | Absent | Normal    | Normal | Normal   | Normal | Normal     | Normal |

## Impression:

EMG findings may be compatible with mild chronic C5-C6 radiculopathy bilaterally, without evidence of acute denervation.

The rest of the nerve conduction and needle EMG studies were normal.

SIGNATURE:

DR.ROZANOV SIMON

מ"מ 27836 מ"מ 19584



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

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 04/05/2026

## הפניה לדימות

|              |                 |           |             |             |         |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|---------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מספר זהות:  | 00213479934 | גיל:    | 23.07       | מין:       | ז |
| ת.לידה:      | 05/10/2002      | ישוב:     | ראשון לציון | רחוב:       | הלוחמות | טלפון נוסף: | 54-4512865 |   |
| מס בית:      | 24 / 16         | א         | טלפון:      | 54-9111320  |         |             |            |   |

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061361104

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



2061



032061361104



0213479934



024373

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

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

## שירות שנבחר

|             |                                          |           |           |
|-------------|------------------------------------------|-----------|-----------|
| שירות רפואי | תיאור רפואי                              | קוד משה"ב | קוד שירות |
| 10806017    | MRI עצמות האגן (כולל מפרקים סקרואליאקים) | 73721     | 78556     |

## המטופל מתלונן על

תלונות/סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:  
תבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.  
09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים תקין  
סובל מנימול ביד שמאל  
13/04/2026: מרגיש חולשה באגן וכאבים במפשעה שמאלית. בנוסף כאבים וחולשה בצוואר, כתפיים וגב עליון. צילום אגן - ב.מ.פ.  
04/05/2026: EMG - ניורופטיה קלה C5-C6 דו"צ. כאבים ללא שיפור

## ממצאים עיקריים

בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:  
רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות. ניורוסקולרי תקינה  
09/02/2026: ללא שינוי  
13/04/2026: רגישות בהנעת מפרק ירך שמאל. רגישות בצוואר, כתפיים וגב עליון עם הגבלה בתנועות. ניורוסקולרי תקין  
04/05/2026: ללא שינוי

## אבחנה משוערת

|                       |           |      |
|-----------------------|-----------|------|
| אבחנה                 | איפיון    | קוד  |
| WHIPLASH INJURY       |           | 8470 |
| ROTATOR CUFF SYNDROME | BILATERAL | 7261 |
| LOW BACK PAIN         |           | 7242 |
| PAIN HIP              | Lt        | 7194 |

## בעיות פעילות

|         |        |            |
|---------|--------|------------|
| בעיה    | איפיון | מגילי      |
| EARACHE |        | 25/03/2024 |

ס.ה.ר. 6

הפניה לדימות  
רוסו עומר  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1  
04/05/2026 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 00213479934  
הודפס מאתר כללית ב-04.05.2026 בשעה 13:45 בעבור עומר רוסו. תעודת זהות: 213479934.

## הערות: בחשד ל קרע בלברום, לשלול AVN, OCD או SF

04/02/2026 מתאריך CREATININE: 0.90

|                           |                   |                               |
|---------------------------|-------------------|-------------------------------|
| <b>**נחתם דיגיטלית**</b>  | <b>24373</b>      | <b>ד"ר אלכסנדר רובינשטיין</b> |
| <b>חתימה וחותמת הרופא</b> | <b>מספר רשיון</b> | <b>שם הרופא</b>               |

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



ס.ה.ר. 6

|                                                                                  |                                                          |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>דף 2</b>                                                                      | <b>***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***</b> | <b>הפניה לדימות</b> |
| 04/05/2026                                                                       | הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין                         | <b>רוסו עומר</b>    |
| 00213479934                                                                      |                                                          |                     |
| הודפס מאתר כללית ב-04.05.2026 בשעה 13:45 בעבור עומר רוסו. תעודת זהות: 213479934. |                                                          |                     |

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001  
מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א

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

המרכז  
הרפואי  
שמיר



04.05.26

לכבוד



21347993-4

רוסו עומר

הלוואות ראשון לציון 16/24 כניס

ראשון לציון

### הנדון: העתק זימון לתהודה מגנטית קר

מר/גב' רוסו עומר 21347993-4 מוזמן/ת ביום שלישי 26/05/2026 לשעה 20:30  
לתהודה מגנטית קרן בבנין 126A-אשפוז מבוגרים (שילוט כחול).

| קוד שירות | תיאור שירות                      | מחיר ליחידה | כמות |
|-----------|----------------------------------|-------------|------|
| 12196     | MRI אגן, ללא ועם חומר ניגוד      | 2623 ש"ח    | 1    |
| 10748     | חוספת עבור חומר ניגוד לבדיקת MRI | 374 ש"ח     | 1    |

לבדיקות

### שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיכנס המתנה

הזמנה זו היא בתוקף לתאריך זה בלבד, במידה ואין באפשרותך להגיע, אנא הודיענו בהקדם האפשרי.

|              |                                                                                                  |                                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| פרטי התקשרות | מס' טלפון מרפאה: 08-9779610<br>מס' פקס מרפאה: 08-9779831<br>דוא"ל מרפאה: 089779831@shamir.gov.il | מס' טלפון מעופל: 054-9111320<br>דוא"ל מעופל: miraruss5@gmail.com |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

הערות

\*\*\*\*\*  
לצורך ייעול השירות והקדמת התור, יש לשלוח התחייבות מתאימה (טופס 17)  
המופנית לבי"ח שמיר (אסף הרופא) למייל: dimut@shamir.gov.il  
\*\*\*\*\*

לתשומת ליבך:

\*\*\*\*\*

לא ניתן להגיע עם נשק למכון ה-MRI. יש להיערך בהתאם מראש.

-לבדיקת MRI עם הזרקת חומר ניגוד-  
עליך להיות בצום שעתיים לפני הבדיקה, מים אפשר לשתות.  
אנא הקפד להביא תוצאות בדיקת דם לקריאטנין שנעשו בחצי שנה הקרובה.

-לבדיקת MRI ללא הזרקת חומר ניגוד-  
אין צורך בצום ובבדיקות דם.

-חובה להגיע עם הפניה רפואית, ללא הפניה לא תוכל/י להתקבל.

-אנא הקפד להביא הפניה רפואית וכל מסמך רפואי, כולל תוצאות בדיקות  
ופענוחים מבדיקות קודמות- CT, MRI, US, מיפוי עצמות, ביופסיה, ממוגרפיה.

אנא הקפד להביא התחייבות כספית (טופס 17)/אמצעי תשלום אחר ותעודה מזהה.

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001  
מסגרת לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א

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

**המרכז  
הרפואי  
שמיר**



הערות

\*\*\*\*\*

-באם קיימים בגופך מתכות, רסיסים, משתלים מתכתיים, מסתמים מלאכותיים, קוצבים או דיפברילטור- נא להודיענו טלפוניית מידית.

-נא להגיע לבדיקה ללא תכשיטים מכל סוג שהוא, יש להוריד מראש.

**במידת הצורך ניתן להיכנס עם מלווה אחד בלבד - \*בכפוף למילוי שאלון מתכות\***

-זמן המתנה משוער כ- 3 שעות.

-זמן קבלת פענוח לבדיקה הינו 21 ימי עבודה.

-מטופל מתחזק לגיל 18 צריך ליווי אפוסטרופוס.

-התעריפים המצוינים לעיל הינם תעריפי משרד הבריאות ונכונים למועד הפקת הזימון ו/או תעריפים עליהם חזליטה הנהלת המרכז הרפואי בכפוף לנהלי משרד הבריאות.

בברכה,

הנהלת מרפאות חוץ



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001  
מסונף לפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א

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

המרכז  
הרפואי  
שמיר



סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית קרן  
טלפון: 08-9779610 פקס: 08-9779831

ת.ז.: 21347993-4  
טלפון: 054-9111320

שם: רוסו עומר

כתובת: הלוחמות ראשון לציון 16/24 כניס אופקים \*

מקרה: 35799340 גיל: 23 ש מין: ז

גורם מפנה: כללית

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תיאור שירות             | שעת אישור<br>ביצוע | תאריך אישור<br>ביצוע |
|-------------------------|--------------------|----------------------|
| MRI אגן, ללא חומר ניגוד | 00:26              | 08/05/2026           |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

פנחס אסתר

תיאור הבדיקה והמצאים

MRI של מפרקי הירכיים:

הבדיקה נעשתה בטכניקות שונות, בשקלול PD, T1 ו-T2, עם ובלי דיכוי שומן, בשלושת המישורים האנטומיים.

סיבת ההפניה: כאב במפשעה השמאלית. היסטוריה של חבלה.

מבנה גרמי, מפרקי ואות מח העצם של האצטבולום והירכיים הפרוקסימליות בגדר הנורמה.

סודי רפואי ממצאי בדיקה תהודה מגנטית קרן  
 שם: רוטו עומר ת.ז.: 21347993-4 מקרה: 35799340 - המשך

לא נראים סימנים לנמק אווסקולרי (AVN) של ראשי הירכיים או לבצקת של מח העצם.  
 לא הודגם נוזל מפרקי בכמות משמעותית.  
 שכבות השרירים, מישורי השומן, העור והתת עור בגדר הנורמה.

לסיכום:

בדיקת MRI של מפרקי הירכיים בגדר הנורמה.

| שם הרופא המפענח     | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|---------------------|-------|-------|-------------|-----------|
| ריינדורף נדיר שמואל | 30344 | 22032 | 18/05/2026  | 18:07     |

תאריך הקלדה: 18/05/2026



תאריך: 19/05/2026

## סיכום ביקור

|              |                 |           |             |             |        |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|--------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מס זהות:    | 00213479934 | גיל:   | 23.07       | מין:       | ז |
| ת.לידה:      | 05/10/2002      | ישוב:     | ראשון לציון | רחוב:       | הלחמות | טלפון נוסף: | 54-4512865 |   |
| מס בית:      | 24 / 16         | א         | טלפון:      | 54-9111320  |        |             |            |   |

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

## שלום רב,

תאריך הביקור: 19/05/2026  
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים  
 מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:  
 חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון.  
 מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.  
 09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים תקין

סובל מנימול ביד שמאל  
 13/04/2026: מרגיש חולשה באגן וכאבים במפשעה שמאלית. בנוסף כאבים וחולשה בצוואר, כתפיים וגב עליון. צילום אגן - ב.מ.פ.  
 04/05/2026: EMG - ניורופטיה קלה C5-C6 דו"צ. כאבים ללא שיפור  
 19/05/2026: MRI - אגן ומפרקי ירכיים תקין, ממשיך לסבול מכאבים במפשעה שמאלית

בדיקה גופנית: בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:  
 רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.  
 טירוסקולרי תקינה  
 09/02/2026: ללא שינוי  
 13/04/2026: רגישות בהנעת מפרק ירך שמאל. רגישות בצוואר, כתפיים וגב עליון  
 עם הגבלה בתנועות. טירוסקולרי תקין  
 04/05/2026: ללא שינוי  
 19/05/2026: ללא שינוי

| קוד  | איפיון    | אבחנה                 |
|------|-----------|-----------------------|
| 8470 |           | WHIPLASH INJURY       |
| 7261 | BILATERAL | ROTATOR CUFF SYNDROME |
| 7242 |           | LOW BACK PAIN         |
| 7194 | Lt        | PAIN HIP              |

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 04/05/2026:  
 הפניה לדימות - 78556-ת.מ. MRI עצמות האגן  
 19/05/2026

קוד סטטוס  
 H9 הודפס  
 H139 הודפס

פרטי ההפניה

הפניות

80015-פיזיותרפיה אבחון וב

הפניה לפיזיותרפיה

מופנה לבדיקתך

טופס בקשה

## תרופות

| תרופה                       | הגשה מנה | יחידה | ס"כ משך D פ | OP      | P     | Q | M | K |
|-----------------------------|----------|-------|-------------|---------|-------|---|---|---|
| ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG | 1        | TAB   | 1 טבליות    | D 20 20 | יחידה | N | 1 | W |
| ROKACET PLUS CAP (D) CF     | 1        | CPL   | 3 קפליות    | D 16 48 | יחידה | N | 1 | W |

בברכה,

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
 דף 1

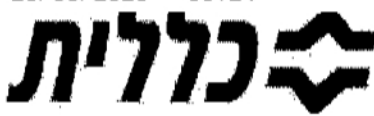
סיכום ביקור

19/05/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



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

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 19/05/2026

## טופס בקשה

|              |                 |           |             |             |         |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|---------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מס זהות:    | 00213479934 | גיל:    | 23.07       | מין:       | ז |
| ת.לידה:      | 05/10/2002      | ישוב:     | ראשון לציון | רחוב:       | הלוחמות | טלפון נוסף: | 54-4512865 |   |
| מס בית:      | 24 / 16 א       | טלפון:    | 54-9111320  |             |         |             |            |   |

תאריך תאונה 12/09/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



2061

תז נבדק



0213479934

מספר רשיון



024373

## לכבוד: מרפאת רפואה משלימה

אבחנה משוערת

| קוד  | אפיין     | אבחנה                 |
|------|-----------|-----------------------|
| 8470 |           | WHIPLASH INJURY       |
| 7261 | BILATERAL | ROTATOR CUFF SYNDROME |
| 7242 |           | LOW BACK PAIN         |
| 7194 | LI        | PAIN HIP              |

## תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:  
חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון.  
מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.  
09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים תקין  
סובל מנימול ביד שמאל  
13/04/2026: מרגיש חולשה באגן וכאבים במפשעה שמאלית. בנוסף כאבים וחולשה בצוואר, כתפיים וגב עליון. צילום אגן - ב.מ.פ.  
04/05/2026: EMG - ניורופטיה קלה C5-C6 דו"צ. כאבים ללא שיפור  
19/05/2026: MRI - אגן ומפרקי ירכיים תקין. ממשיך לסבול מכאבים במפשעה שמאלית

## ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:  
רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות, רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.  
ניורוסקולרי תקינה  
09/02/2026: ללא שינוי  
13/04/2026: רגישות בהנעת מפרק ירך שמאל. רגישות בצוואר, כתפיים וגב עליון  
עם הגבלה בתנועות. ניורוסקולרי תקין  
04/05/2026: ללא שינוי  
19/05/2026: ללא שינוי

## דיון/תוכנית טיפולית

ההפניות שהופקו ב 04/05/2026  
הפניה לדימות - 78556-ת.מ. MRI עצמות האגן  
19/05/2026

## היסטוריה רפואית- בעיות פעילות

| מגילי      | אפיין | בעיה    |
|------------|-------|---------|
| 25/03/2024 |       | EARACHE |

## תרופות קבועות

| שם   | פעמים | א. הגשה | כמות                | תרופה |
|------|-------|---------|---------------------|-------|
| ביום | 1     | מרחה    | MENTAX CR 1% 10G 1% |       |

דף 1

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

טופס בקשה

19/05/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

תרופה

כמות

א. הגשה

פעמים

מ.ג.

COMAGIS 15GM (N) CREAM CF  
TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG 1

1 מריחה

1 טבליות

ביום

ביום

מטרת ההפניה: מופנה לבדיקתך

**\*\*נחתם דיגיטלית\*\***

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



דף 2

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

טופס בקשה

19/05/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

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

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
תחום אורתופדיה  
כתובת יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
מרפאה פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון

תאריך: 19/05/2026

## הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

|              |                 |           |             |             |         |             |            |   |
|--------------|-----------------|-----------|-------------|-------------|---------|-------------|------------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | רוסו עומר | מס זהות:    | 00213479934 | גיל:    | 23.07       | מין:       | ז |
| ת.לידה:      | 05/10/2002      | ישנב:     | ראשון לציון | רחוב:       | הלוחמות | טלפון נספח: | 54-4512865 |   |
| מס בית:      | 16 / 24         | א         | טלפון:      | 54-9111320  |         |             |            |   |

תאריך תאונה 12/09/2025

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061365237

מספר הפניה:

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061365237

תז בבדק



0213479934

מספר רשיון



024373

## שירות שנבחר

קוד שירות קוד משה"ב  
80015 97001 פיזיותרפיה אבחון ובדיקת תכנית טיפול

PAIN HIP

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 11/11/2025:

חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון.  
מוגבל בתנועות צוואר וכתפיים.

09/02/2026: עדיין סובל מכאבי צוואר, כתפיים, גב עליון ותחתון. US - כתפיים

תקין

סובל מנימול ביד שמאל

13/04/2026: מרגיש חולשה באגן וכאבים במפשעה שמאלית. בנוסף כאבים

וחולשה בצוואר, כתפיים וגב עליון. צילום אגן - ב.מ.פ.

04/05/2026: EMG - ניורופטיה קלה C5-C6 דו"צ. כאבים ללא שיפור

19/05/2026: MRI - אגן ומפרקי ירכיים תקין. ממשיך לסבול מכאבים במפשעה

שמאלית

## בעיות פעילות

מגילי 25/03/2024  
אפיין  
בעיה  
EARACHE

## תרופות קבועות

| תרופות                          | כמות | א. הגשה | פעמים | גב | ביום |
|---------------------------------|------|---------|-------|----|------|
| MENTAX CR 1% 10G 1%             | 1    | מרחה    | 1     |    | ביום |
| COMAGIS 15GM (N) CREAM CF       | 1    | מרחה    | 1     |    | ביום |
| TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG | 1    | טבליות  | 1     |    | ביום |

ממצאים קליניים בדיקה גופנית מתאריך 11/11/2025:

רגישות בצוואר עם הגבלה בתנועות. רגישות בכתפיים עם הגבלה בתנועות.

נירוסקולרי תקינה

09/02/2026: ללא שינוי

13/04/2026: רגישות בהנעת מפרק ירך שמאל. רגישות בצוואר, כתפיים וגב עליון

עם הגבלה בתנועות. ניורוסקולרי תקין

04/05/2026: ללא שינוי

19/05/2026: ללא שינוי

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ה.

דף 1

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

הפניה לפיזיותרפיה

19/05/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

נספח 3 :

בקשה למינוי מומחים

(עמודים 44 עד 44)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 26/

בבית משפט השלום  
בכפר סבא

עומר רוסו - נ ג ד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

התובע, עומר רוסו, מבקש למנות מומחים בנושא הנכות הרפואית שלו ובנושא דרכי שיקומו בתחום האורטופדי לשם מתן חוות דעת.

התובע מודיע כי בעקבות תאונת הדרכים שבה נפגע, טופל במסגרת בית החולים אסף הרופא, בצריפין, ובמסגרת קופת החולים כללית.

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

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

אריאל פרייברג, עו"ד  
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 46 עד 48)



## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, עומר רוט, מס' 213479934, מרחוב הלוחמות 24/16 ראשון לציון,  
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של  
נגד בענין תאונת דרכים מיום  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו חוגש יפוי הכח, בדרגה בה חוגש.
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 1 לחודש 6 שנה 26

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

  
אריאל מייזר, עו"ד  
עו"ד-ד"ר



## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

**חלק א'**

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                         |                        |                                |               |
|-------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------|
| <u>רוסו</u><br>שם משפחה | <u>עומר</u><br>שם פרטי | <u>213479934</u><br>תעודת זהות | <u>שם האב</u> |
| <u>הלוחמות</u><br>רחוב  | <u>24/16</u><br>מס'    | <u>ראשון לציון</u><br>עיר      | <u>מיקוד</u>  |
|                         |                        |                                | <u>טלפון</u>  |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד 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: \_\_\_\_\_

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

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

תאריך: 1.6.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)