

תאריך חתימת המסמך : 30.6.26

התובע :

עומר רוטו, 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

– 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

כתב תביעה



סוג התביעה ונושא : 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 והטיפולים 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, ולחסעות 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) חסעות 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
נספח 1: רוסו תעודת חובה (עמודים 7 עד 7)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 9 עד 42)	9
נספח 3: בקשה למינוי מומחים (עמודים 44 עד 44)	44
נספח 4: יפוי כח ווסר (עמודים 46 עד 48)	46



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
M1 - פרטי	נפח מנוע: 1242 סמ"ק
מספר תעודה: 53841967	מספר זהות: 57318610
תאריך הוצאה: 26/03/25	ראשון לציון
שעת הוצאה: 10:46	01/04/25 לא לפני:
מספר הרישוי	מספר שלדה
1218139	20000J477023
מספר הסוכן	שם הסוכן
366491	איחוד-קש"ב
מספר פוליסה	מספר פוליסה
04 25163649825	04 25163649825

קד. 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

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

שם המבוטח: רוסו דורון ו/או לינוי	57318610
כתובת: שרירא שמואל	3/31
מועד תחילת הביטוח: המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק, אך לא לפני:	01/04/25
מועד פקיעת הביטוח: (בחצות)	31/03/26
תאריך הוצאה: 26/03/25	
שעת הוצאה: 10:46	

חותמת הבנק
 רשות הדואר בנק הדואר
 שולם 2,204.00 ש"ח
 בתאריך 26/03/25 בשעה 10:42
 חשבון 8068484 אסמכתא 53841967
 אישור 152499858
 ניתן לשלם בבנקים הבאים לזכות חשבון:
 בנק לאומי חשבון מס' 800-339510/33
 בנק פועלים חשבון מס' 600-368750
 בנק דיסקונט חשבון מס' 535-128290
 בנק הבינ"ל חשבון מס' 287-265845
 בנק המזרחי חשבון מס' 461-363499

מספר הרישוי	1218139
מספר הסוכן	366491
שם הסוכן	איחוד-קש"ב
ש' ייצור / מועד עלייה לכביש	2016
מספר פוליסה	04 25163649825
מספר תעודה	53841967
הסכום לתשלום בש"ח	2,204.00
האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1	
שם חלק א' שעל גב תעודה זו	

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

האדם הרשאים לנהוג על פי סעיפים: 1
 שם חלק א' שעל גב תעודה זו

הרחבות והגבלות
 אין

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) Zerifin, 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 רגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא מבט לכל אדם ואי טיף אלא בהתאם להוראות החוק. מטרת המידע בניגוד למטבע בחוקים אלו, מטרת עבודה, מסכת זה מסיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

שם משפחה: רוטו	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: דורון 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	עיקרי	S/P	M/P	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 היום בתאונת דרכים כנהג. מנגנון אחר. 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 תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, ללא רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר.

שמור ניורולוגית 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 סוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני.

החזרי פיקה אכילס תקינים, ללא היפררפקליסיה

הופמן טרמנר בבינסקי קלונס שלילים

הנעת 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

-שיטור כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1 ג' 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.

מזדים אחרונים

SAT	T	P	BP
99	37	68	114/67

חתימת רופא

שם החותם	תפקיד	זמן חתימה
ד"ר גלבע דור מ.ר. 1182914	רופא/ה מורשה/ת שחרור	13/09/2025 10:29



תאריך: 18/09/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שטיינמץ מעה

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

18/09/2025 בשעה: 13:26

בבדיקה שערכתי בתאריך:

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

תפרחת 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: 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 אופטלין, 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 צוואר

יש רגישות על שרירי הטרפזואיד

כוח גס שמור ברועות ובאצבעות דו"צ

אי נוחות/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 19/09/2025 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

מסמך אשר
דינטי לית
מכבי

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

טלפון: 0549111320

מין: ז

ת.לדה: 05/10/2002



0213479934

מיקוד: 7568901

כתובת: הלוחמות 16, ראשון לציון

חדר מיון

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

18/09/2025

תאריך

מכבי
ד"ר נועה שטיינמץ
רופאת משפחה
מ.ר 1-135927
44659

חתימה וחתימת

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

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



פרטי מרם מטפל

פרטי מטופל

מס ביקור

שם גורם מטפל: ד"ר שטיינמץ נועה

מומחיות: מומחית ברפואת המשפחה

טלפון: 03-9634800

פקס: 03-9011744

000326431830



שם מטופל: חסו עומר

ת"ד: 213479934

מ"ז: 0213479934

גיל: 22 שנים ו-11 חודשים

טלפון: 0549111320, 0549111320

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

אופן השמוש
הנחיות

משך
טיפול

לפי
השיחה

תאריך תפוגת המרשם

TAB 10 - כמות ליפופין: 10	18/09/2025-16/10/2025	1 טבליה	10 ימים	1 טבליה	לבלעה 1 טבליה 1 פעם ביום	ETORICOXIB, * ARCOXIA
TAB 5 - כמות ליפופין: 5	18/09/2025-16/10/2025	1 טבליה	5 ימים	5 ימים	לבלעה 1 טבליה 1 פעם ביום	* ASSIVAL

* ידוע לי שמורשה הרקוחות לנפק חלופה גרית שאושרה על ידי הקופה אלא אם גורם מטפל ציין אחרת. ** ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגבייה המאושרת לקופה ועל פי הנהלים שבתוקף ביום היפוק. חובה להציג כרטיס מגנטי בבית המרקחת או רשימת תרופות בביקור. לידעון 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 צרי אינן מצויות בדף זה ולצורך קבלתם יש להגיע עם המרשם המקורי.

תאריך: 18/09/2025

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שטיינמץ נועה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ד. חורחה מרפאה



135927

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-9634800

פקס: 03-9011744

כתובת: ירושלים 129, ראשון לציון (פינת הלוחמות)

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 213479934

שם פרטי: עומר

שם משפחה: רוזו

טל.עבודה/נייד: 0549111320

טלפון: 0549111320

מין: ז

05/10/2002

ת.לידה:



0213479934

מיקוד 7568901

הלוחמות 16, ראשון לציון

כתובת:

אישור מחלה

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

סה"כ: 9 ימים.

22/09/2025

עד יום:

14/09/2025

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום:

ד"ר נועה שטיינמץ
רופאת משפחה
מ.ד. חורחה מרפאה
44659 1-135927

חתימה וחותמת הרופא

18/09/2025

תאריך



תאריך: 29/09/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה

ד"ר סרחאן מוחמד

כירורגיה אורתופדית



קוד הפניה: 454879123

טלפון: 03-9418010

מומחה כירורגיה אורתופדית

פקס: 03-9449383

כתובת: שז"ר זלמן 18, ראשון לציון

התמחויות:

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

מכון פיזיותרפיה

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

אבחנות:

• WHIPLASH INJURY

מעש/ת: לא

סיבת ההפניה: לטיפולכם

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

נא להגיע עם מסמכים רלוונטים

29/09/2025

חתימה וחולמת

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: 08/10/2025

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דימטלית
מכבי

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: רוטו		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					

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 וחותמת 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

הפניה לדימות

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

12/09/2025

תאריך תאונה

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

L1028 א.ס. US כתף ימין

78003

L1028 א.ס. US כתף שמאל

78003

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
WHIPLASH INJURY
ROTATOR CUFF SYNDROME

איפיון

קוד

8470

BILATERAL

7261

בעיות פעילות

בעיה
EARACHE

איפיון

מגילוי

25/03/2024

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.
פניה לטיפול באחד מבחי"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת בי"ח
מפורסמת באתר הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

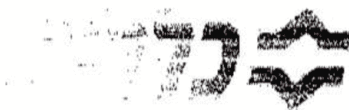
הפניה לדימות

11/11/2025

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



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

אישור מחלה

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

אישור מחלה	***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	דף 1
רוסו עומר	הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין	11/11/2025

טופס התחייבות

תז מטופל



307251585



213479934



חסוי/אישי

עותק שנשלח בדוא"ל

תאריך: 12/11/2025

מחוז מנפק : 007 מרכז

מחוז מטופל : 007 מרכז

מרפאה מנפקת : 5200 ירושלים טלפון: 03-9599300

מנהלת מטופל : 03 רנ"ר

מרפאת מטופל : 5200 מרפאת ירושלים ראש"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	קוד שירות	שירות	קוד
78003	78003	US תאור הטיפול / בדיקה	אורטופדי
1	1	שירות ספק	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. 4-21347993-00; 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

eGFR: 110.77 מתאריך: 24

FILL OUT FORMS

אבחנה

איפיון

קוד

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
[DICLOFENAC SOD INJ 75MG/3ML 3 75MG/3ML 1 INJ 1 זריקה 1 D 1 1 יחידה N 1 W]

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 Z

סוג הסכם: שכיר



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
מראה

תאריך: 09/02/2026

סיכום ביקור

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

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

09/02/2026

תאריך הביקור:

1 תאונת דרכים

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

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.
גירוסקולרי תקינה

09/02/2026: ללא שינוי

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7261	BILATERAL	ROTATOR CUFF SYNDROME
7242		LOW BACK PAIN

קוד סטטוס

H4 הודפס

פרטי ההפניה

EMG-אלקטרומיוגרפיה 56016

הפניות

טופס הפניה כללי

סטטוס

עד תאריך

מתאריך

קוד

אישור

אישור מחלה

28/02/2026 הודפס

09/02/2026

11

בברכה,

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחומת 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	מס זהות:	00213479934	גיל:	23.04	מין:	ז
ת.לידה:	05/10/2002	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הלוחמות	טלפון מסר:	54-4512865	
מס בית:	24 / 16	א	טלפון:	54-4512865				

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה ישירה: 32061343141

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



2061



032061343141



0213479934



024373

לכבוד: מכון אלקטרופיזיולוגי

שירות שנבחר

שירות רפואי
56016
56557

תיאור רפואי

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

אבחנה משוערת:

אבחנה
WHIPLASH INJURY
ROTATOR CUFF SYNDROME
LOW BACK PAIN

קוד
8470
7281
7242
BILATERAL



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 25/03/2024
איפיון
בעיה
EARACHE

תרופות קבועות

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

ב...

MENTAX CR 1% 10G 1%

1 מריחה

ביום

COMAGIS 15GM (N) CREAM CF

1 מריחה

ביום

TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG 1

1 טבליות

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

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין	24373	**נחתם דיגיטלית**
שם הרופא	מספר רשיון	חתימה וחולמת 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. רשימות בי"ח מפורסמות 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
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 בוסף:	54-4512865

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

אבתנה
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 וחתימת 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
 תחום: אורתופדיה
 כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון
 מרפאה: פינסקר - מרכז מקצועי - ראשון לציון
 מספר רשיון: 24373
 טלפון: 03-9681888
 פקס: 03-9681842
 מחוז: מרכז

תאריך: 10/02/2026

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	חוסר עומד	מס זהות:	00213479934	גיל:	23.04	מין:	ז
ת.לידה:	05/10/2002	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הלוחמות			
מס בית:	18 / 24	א	טלפון:	54-4512865	טלפון נוסף:	54-4512865		

תאריך תאונה: 12/09/2025

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

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

אישור זה אינו בתוקף עבור תוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

"נחתם דיגיטלית"

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1	***המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***	אישור מחלה
10/02/2026	הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין	חוסר עומד
	00213479934	



מספר רשיון 243/3
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: 13/04/2026

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר	מס זהות:	00213479934	גיל:	23.06	מין:	ז
תלדה:	05/10/2002	שוב:	ראשון לציון	רחוב:	הלוחמות			
מס בית:	16 / 24	טלפון:	54-9111320	טלפון נוסף:	54-4512865			

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:

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.

בדיקה גופנית: 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. נירוסקולרי תקין

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

תרופות

P	M	Q	N	OP	סה"כ משך D פ	יחידה	הגשה מנה	תרופה
1	1	1	N	10	10	D	TAB	ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG

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

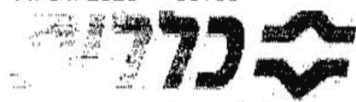
סיכום ביקור

13/04/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



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

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

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

תאריך: 13/04/2026

אישור מחלה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר	מס זהות:	00213479934	גיל:	23.06	מין:	ז
ת.לדה:	05/10/2002	ישו:	ראשון לציון	רחוב:	הלוחמות	טלפון נוסף:	54-4512865	
מס בית:	24 / 16	א	טלפון:	54-9111320				

תאריך תאונה 12/08/2025

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 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 הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

13/04/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



012061244593

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת ניפוק לבית מרקחת

כללית

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

עבור : 2 תשלום עבור טופס התחייבות מספר תיק:

לכבוד : 0021347993 רוסו עומר

פירוט גביה:

קוד תאור שירות תאריך ביקור

2	אמבולטורי מכון פרטי	13/04/26
מכון:	7812-ממוגרף-מכון לאבחון רפואי בע"מ	
שירות:	56016 אלקטרומיוגרפיה, EMG	קבוצה: 2 EMG

סה"כ לטופס :

חשטנך 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 י:

12:41

מקור

אישור: 02105229 / 1

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 לסופס:	

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 למרפא

בלת החזר דמי ההשתתפות העצמית

נא לשמור על האישור

להתחשבות עתידית

חותמת וחתימת הקופאי

שם המשלם (פרטי ומשפחה)

: חלק זה ישלם 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 ROSO

ID NUMBER: 0213479934

MOTOR NERVES	STIM - REC	LAT [ms]	AMP [mV]	CV [m/s]	AMP % [%]	DIST [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
 מרם 27836 19584



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
מראה

תאריך: 04/05/2026

הפניה לדימות

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר	מס זיהות: 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 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

קוד שירות: 78556	קוד משרד: 73721	תיאור רפואי: (כולל מפרקים סקראליאקים)	שירות רפואי: 10806017
------------------	-----------------	---------------------------------------	-----------------------

המטופל מתלונן על

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-C8 דו"צ. כאבים ללא שיפור

ממצאים עיקריים

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

אבחנה משוערת

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

בעיות פעילות

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

ס.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לדימות

04/05/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

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

****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.



ס.ה.ר. 6

דף 2

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

הפניה לדימות

04/05/2026

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר

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) Zrifin, 7033001
Affiliated to the Faculty of Medicine, Tel-Aviv University
www.shamir.org

המרכז
הרפואי
שמיר



04.05.26



21347993-4

לכבוד

רוסו עומר

חלוצמות ראשון לציון 16/24 כניס

ראשון לציון

הנדון: העתק זימון לתהודה מגנטית קרן

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
L2196	MRI אגן, ללא ועם חומר ניגוד	2623 ש"ח	1
L0748	תוספת עבור חומר ניגוד לבדיקת MRI	374 ש"ח	1

לבדיקות

שעת הזימון הינה שעה משוערת ותיתכן המתנה

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

פרטי התקשרות	מס' טלפון מרפאה: 08-9779610 מס' פקס מרפאה: 08-9779831 דוא"ל מרפאה: 089779831@shamir.gov.il	מס' טלפון משפחלי: 054-9111320 דוא"ל משפחלי: mirarussq5@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
מסנתף 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 טלפונית מיידית.

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

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

-זמן המתנה משוער כ- 3 שעות.

-זמן קבלת פענוח לבדיקה הינו 21 ימי עבודה.

-מטופל מתחת לגיל 18 צריך ליווי אפוטרופוס.

-התעריפים המצוינים לעיל הינם תעריפי משרד הבריאות ונכונים למועד הפקת הזימון ו/או תעריפים עליהם החליטה 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

שם: רוסו עומר

טלפון: 054-9111320

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

תאריך אישור ביצוע	שעת אישור ביצוע	תיאור שירות
08/05/2026	00:26	MRI אגן, ללא חומר ניגוד

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

שם רנטגנאי

פנחס אסתר

תיאור הבדיקה והממצאים

MRI של מפרקי הירכיים:

הבדיקה נעשתה בטכניקות שונות, בשקלול PD, T1 ו-T2, עם זבלי 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.

18/05/2026

גרסה 01 עמוד: 1 מתוך 2

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

לא נראים סימנים לנמק אוטקולרי (AVN) של ראשי הירכיים או לבצקת של מח העצם.

לא הודגם נוזל מפרקי בכמות משמעותית.

שכבות חשרירים, 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





מספר רשיון 243/3
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: 19/05/2026

סיכום ביקור

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

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

מחוז מרכז 075519
מ.ר. 24373
ברית כנעית

קוד סטטוס
H9 הודפס
H139 הודפס

הפניות
הפניה לפיזיותרפיה
מופנה לבדיקת

תרופות

P	M	K	N	Q	OP	סה"כ משך D	פ	יחידה	הגשה	מנה	תרופה
1	1	1	N		יחידה	20	D	1	TAB	1	ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG
1	1	1	N		יחידה	48	D	3	CPL	1	ROKACET PLUS CAP (D) CF

בברכה,

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

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

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

שם הרופא
תחנה
כתובת
מרפאה

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
מס בית: 16 / 24	טלפון: 54-9111320	טלפון נוסף: 54-4512865

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	Lt	PAIN HIP

תלונות

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
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.
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
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

מגילוי	אפיין	בעיה
25/03/2024		EARACHE

תרופות קבועות

תרופה

כמות
MENTAX CR 1% 10G 1%

א. הגשה

1 מריחה

פעמים

ביום

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

...ב.

COMAGIS 15GM (N) CREAM CF

1 מריחה

ביום

TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG 1

1 יטבילות

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

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

שם הרופא
תחום
כתובת
מרפאה

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	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	הלוחמות	טלפון מסך:	54-4512865	
מס בית:	16 / 24	א	טלפון:	54-9111320				

12/09/2025

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061365237

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז ובדק

מספר רשיון



2061



032061365237



0213479934



024373

שירות שנבחר

שירות רפואי

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב

80015

97001 פיזיותרפיה אבחון ובגייט תכנית טיפול

80015

PAIN HIP

אבחנה משוערת

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

בעיות פעילות

בעיה

איפיון

מגילי

EARACHE

25/03/2024

תרופות קבועות

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

ב.

MENTAX CR 1% 10G 1%

1 מריחה

ביום

COMAGIS 15GM (N) CREAM CF

1 מריחה

ביום

TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG 1

1 טבליות

ביום

11/11/2025: בדיקה גופנית מתאריך

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

ממצאים קליניים

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחומתת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 דה.ר.

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 - נגד - 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 בריינברג, עו"ד
ב"כ התובע



נספח 4 :

יפוי כח ווסר

(עמודים 46 עד 48)



י פ ו י כ ה

אני הח"מ, עומר רוט, ת.ז. מס' 213479934, מרחוב הלוחמות 24/16 ראשון לציון, ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או לחיות באי כוחי במשפט של נגד בענין תאונת דרכים מיום מבלי לפגוע בכלליות המיני הני"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הני"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 הני"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 הני"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הני"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הני"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הני"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 הני"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.



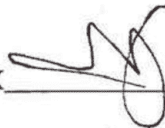
14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

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




אנואל מדינני, עו"ד
עתידי-25

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

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

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: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מכונים, מעבדות: _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.6.26 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X

מ.ר. 6254