

תאריך חתימת המסמך: 29.12.22

התובע: **עומר רוטו, ת"ז 213479934**

מרחוב מבוא בשמת 3, ירושלים
טלפון: 054-2589385

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

– 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 ונושאה: פלג"ד

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

סכום האגרה: 726 ₪ (תקנה 34 לתוספת לתקנות בתי המשפט (אגרות), תשס"ז – 2007).

תיקים קשורים: לא קיימים תיקים קשורים.

הזמנה לדין (טופס 2 תקנה 10)

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

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



חלק 2:

(1) בעלי הדין :

1. התובע, יליד 5.10.2002, היה בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו הנוהג ו/או המשתמש ברכב הנושא מספר רישוי 12-18139 (להלן: "**הרכב**").
2. הנתבעת הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את השימוש ברכב על פי הוראות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל – 1970.
- רצ"ב אישור משטרה וטופס הודעה על תאונה, מסומנים "**כנספח 1**".

(2) פירוט הסעד המבוקש באופן תמציתי:

3. התובע נפגע בתאונת דרכים כהגדרתה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים. הנתבעת ביטחה את השימוש ברכב בו אירעה התאונה בביטוח חובה ועל כן עותר התובע לפצותו בגין הנזקים שנגרמו לו בתאונה.
4. התובע, בן 19 במועד התאונה, נפגע בגופו, נגרמו לו הפסדי שכר ויגרמו לו גם בעתיד.
5. התובע מוגבל מאז התאונה בביצוע פעולות יומיומיות שונות ובניהול משק ביתו, הוא נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
6. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות, ויזקק לכך גם בעתיד.



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

7. בתאריך 4.4.22, בשעה 16:30 או בסמוך לכך, ברחוב לוי אשכול, בראשון לציון, היה הרכב מעורב בתאונה והתובע נחבל בגופו (להלן: "**התאונה**").
8. לאחר התאונה טופל התובע בבית החולים אסף הרופא, בצריפין, שם אובחנו חבלות בראש, בצוואר, בגב ובחזה, לאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה להמשך מעקב רפואי, נטילת משככי כאבים ומנוחה.
9. התובע אשר המשיך לסבול מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב טופל במסגרת קופת החולים, ניתנו לו ימי מחלה והוא הופנה להמשך מעקב רפואי ולביצוע טיפולי פיזיותרפיה כמו גם נטילת תרופות לשיכוך כאב.
10. נוכח החמרה בכאבים ובהגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב, הוחלט להפנות את התובע לביצוע בדיקת MRI, המשך חופשת מחלה, טיפולי פיזיותרפיה ונטילת משככי כאבים.

11. נוכח הגבלה ניכרת בתנועות הצוואר הוחלט על ידי האורתופד המטפל על הפניית התובע לביצוע טיפולי רפואה משלימה, מנוחה ונטילת משככי כאבים.
- רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "כנספח 2".
12. מאז התאונה סובל התובע מכאבים והגבלה בתנועות הצוואר, הכתפיים והגב, מקושי בעמידה, הליכה ושיבה ממושכות, מקושי בכיפוף והרמה מקושי בביצוע פעולות יומיומיות, מקושי בהירדמות ושינה רציפה, הוא נזקק לנטילת משככי כאבים והטיפולים בו צפויים להימשך גם בעתיד.
13. התובע צעיר בתחילת דרכו המקצועית, עסק במועד התאונה בתחום האונליין אינבסטינג (בלעז: "Online investing") והמתין לתחילת לימודיו האקדמיים. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בביצוע עבודתו ולימודיו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן ונגרמו לו הפסדי שכר.
14. מאז התאונה ומחמת תוצאותיה מתקשה התובע בניהול משק ביתו, נזקק לעזרת הזולת ויזקק לה גם בעתיד.
15. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה, נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות, ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.

חלק 3

16. להלן פירוט נזקי התובע:

א. נזק מיוחד:

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

ב. נזק כללי:

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

(1) הפסדי השתכרותו בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של

התובע, או לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הרפואית, לרבות

הפסדים בתקופת הפנסיה.

(2) עזרת הזולת בעתיד.

(3) הוצאות רפואיות ופארה רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.

(4) הוצאות ניידות מוגברות בעתיד.

(5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.



פירוט העובדות המקנות סמכות לבית המשפט:

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

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

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


אריאל פרייברג, עו"ד
ב"כ התובע



תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: חבות (עמודים 7 עד 9)	7
נספח 2: תעודות רפואיות (עמודים 11 עד 29)	11
נספח 3: טופס 1 - מינוי מומחים - מגדל - אורתופדי (עמודים 31 עד 31)	31
נספח 4: יפוי כח וסר ותצהיר תאונות (עמודים 33 עד 36)	33



נספח 1 :

חבות

(עמודים 7 עד 9)



מספר תיק: 183894 / 2022
מזהה מסמך: M162352493



טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

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

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

לכל המעוניין

1. תאריך: 04/04/2022 בשעה: 16:30
התאונה:

2. מקום התאונה:

ראשון לציון לוי אשכול בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

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

מעורבים ברכב:

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

פרטי הרכב:

מספר רכב	3457552	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	קיה קוראה
חברת ביטוח		מספר פוליסה		סוג לוחית	ישראלית

מעורבים ברכב:

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

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

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

פרטי המטפל בתיק

מ"א 1065184 שם משפחה: כו שם פרטי: מרב

פרטי השוטר המוסר

מ"א 1065184 שם משפחה: כו שם פרטי: מרב

דרגה: רסב

אחראי על התיק

7202-40-11

חתימה

אחראי על התיק

סיוני 9 קסמ

שם הסוכן	חברת ביטוח
תביעה	מגדל חברה לביטוח בע"מ
מספר פוליסה	

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



מספר פניה באינטרנט:	
---------------------	--

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

הודעה ראשונית על תאונת דרכים

☒ תביעה לפוליסה/הודעה בלבד ☐ אי הגשת תביעה

טופס מספר 956

א. פרטי המבוטח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
057318610	1010	מירוסלבה	8/9/61	נ
כתובת (רחוב)	מספר בית	מספר דירה	תא דואר	מיקוד
לכירה	3	2		7538106
מספר טלפון	פקס	כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד	אזכר
054-4512966		mirarussos@mail.com	054-4512965	
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך לבחור התביעה: ☐ פקס ☐ דואר אלקטרוני ☐ דואר				
תבאי למשלוח הודעות באמצעות כתובת דואר אלקטרוני, הינו מסירת טלפון יידי עדכני ותקין				

ב. פרטי כלי רכב				
מספר רישוי	סוג הרכב	שם צרן	שנת יצור	מספר טלפון של איש קשר
1218139	☒ פרטי ☐ משא ☐ מסחרי	סיוני	2016	054-4512966
מיקומו הנכחי של הרכב (רחוב, מספר בית, יישוב)	שם איש קשר במקום המצאו של הרכב	מספר טלפון של איש קשר		
לכירה	מירוסלבה	054-4512966		

ג. פרטי הנהג בעת האירוע				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
213479934	1010	מירוסלבה	5/10/63	נ
כתובת (רחוב)	מס' בית	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	שנת הוצאת רישיון
לכירה	3	054-4512965	054-9111320	2020
מספר פקס	מספר רישיון נהיגה	סוג רישיון		
	1961240	ה		

ד. פרטי האירוע				
תאריך אירוע	שעה משוערת	סוג הנסיעה	מספר הנוסעים ברכב בעת התאונה (פרט לנהג)	
4/4/22	16:30	☒ פרטית ☐ הסעה בשכר ☐ מונית	1	
תיאור של מקום האירוע - כתובת מלאה או פרטי כבישים ו/או צמתים:				
באזור חניון רח' מירוסלבה סמוך לתחנת הרכבת סיוני				
תיאור האירוע:				
אני נהגת ברכבי כאשר הרכב שלי נחטף על ידי רכב פרטי מסוג שחור				
במידה והרכב נפגע כתוצאה ממפגע בדרך (שמן, בור בכביש וכד'), נא לציין פרטים מלאים:				
תיאור הנזק לרכב המבוטח:				
הרכב שלי נפגע בלחיצת סלחון סחורני בפרט' חין ושבר הבלחון וקרע סלחון ושבריות בלחון				
האם הרכב שימש בעת תאונת הדרכים להסעת נוסעים בשכר, לרבות באמצעות שירותי אפליקציה להסעת נוסעים של טלפונים חכמים? ☒ לא ☐ כן				
האם משטרת ישראל התערבה באירוע? ☒ לא ☐ כן, במידה וכן, נא צרף אישור משטרה.				



010019560103310718

עמוד 1 מתוך 3 דפים

קוד מסמך 1



ו. פרטי צד ג'

מספר רישוי	סוג הרכב	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה	שם סוכן	מספר טלפון סוכן
3457552	קל ☒ מעל 4 טון ☐	866	2-9442552-00	מגדל סוכנות ביטוח	
מספר זהות - נהג / מבוסט	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)		
316042150	חיון חייק	ליליא	ויניק 24 ראשון 77		

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

מי לדעתך אחראי לתאונה?

צד ג': ☒ מלא ☐ חלקי ☐ לא ידוע ☐ אני (המבוסט או הנהג מסעמו): ☐ מלא ☐ חלקי ☐ לא ידוע ☐

מוקדי הפגיעה ברכב צד ג':

1. ☐ חלק אחורי של הרכב

2. ☐ גחון הרכב (מרכב תחתון)

3. ☒ חזית הרכב

4. ☐ צד ימין

5. ☐ צד שמאל

6. ☐ גג

ז. פרטי עדים

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	מספר טלפון בית

ט. הצהרות המבוסט

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

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

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

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

☐ אם אהיה זכאי לפיצוי, אני מבקש להעביר אלי את התשלום ישירות לחשבון הבנק לפי הפרטים והתנאים הרשומים בסופס "הרשאה לביצוע העברה בנקאית", שאצטרף למשלוח סופס זה.

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

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

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

ח. המסמכים שצורפו להודעה זו

☐ תצלום תעודת זהות

☐ תצלום רישיון נהיגה

☐ תצלום רישיון רכב

☐ שרשום מקום התאונה

☐ אישור משטרה

☐ תמונות ממקום האירוע

☐ אחר _____

חתימת המבוסט

שם ממלא ההודעה

תאריך



נספח 2 :

תעודות רפואיות

(עמודים 11 עד 29)



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7035001
מסוקף לפקולטה לרפואה על שם סקלר, אוניברסיטת תל אביב

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Zerifin, 7035001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
www.shamir.org



המרכז
הרפואי
שמיר



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

סודי רפואי

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

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

סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור



אבחנות במלרד

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

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אופן הגעה למלרד

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני

דרך הגעה: מלווה

מלווה: הורה

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: ממתי

בדיקת רופא ראשונית

בן 19, בריא בד"כ.

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

בבדיקה - הליכה בתבנית תקינה, תנועות צוואר מלאות עם כאב בסוף תנועה, קיימת רגישות ע"פ חוליות צוואריות, ישנה רגישות פרהוורטברלית ורקמה רכה סביב הצוואר והשכמות. כח תחושה ומוטוריקה שמורים בפיזור C5-T1. כיפוף ויישור גב מלאים, רגישות גרמית ע"פ עמ"ש טוראקלי, ללא רגישות גרמית ע"פ עמ"ש מתני. טווח כתפיים מלא ללא כאב, ללא חסר NV דיסטלי בגפיים.

חשוי רפואי

המשך מכתב: 213479934 עומר רוטו

צילום: ללא ממצא חריף.

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

טופל בנוגדי כאב.

משתחרר עם ההמלצות הבאות:

סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים במגגנון הצלפת שוט.

משתחרר עם ההמלצות הבאות:

המלצות בשחרור

המלצה: -מנוחה יומיים

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

טיפול תרופתי במלרד

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

מדדים אחרונים

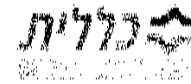
BP	P	T	SAT
104/63	92	36.8	99

ציוני אומדנים - אומדן כאב מבוגרים

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

חתימת רופא

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



הזמנה

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

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

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

תאריך הדפסה: 12/04/2022 18:26:37





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

12/04/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל				
רוסו עומר	00-21347993-4	19.06	ז	05/10/2002
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	מין	ת.לידה
ראשון לציון	31 / 3			54
ישוב	מס בית			טלפון
שירא שמואל	רחוב			טלפון נוסף
				54 - 4512865

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
מספר רשיון 24373
נחתם דיגיטלית**
שם הרופא
מספר רשיון
חתימה וחתימת הרופא



מרכז מקצועי
03-9681842
03-9681888
00-21347993-4

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

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

רוסו עומר



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

12/04/2022 תאריך

סיכום ביקור

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

12/04/2022 תאריך הביקור:

04/04/2022 תאריך תאונה:

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

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

בדיקה גופנית: רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. בירוסקולרי תקין

קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7242		LOW BACK PAIN



תרופות בביקור

מ	נ	ק	ח	ע	ת	פ	י	ח	ה	מ	ת	ר
P	1	W										
ETODOLAC ER 600MG TAB 600MG	1	TAB	1	D	20	20	1	D	20	20	1	W
ROKACET PLUS CAP (D) CF	1	CPL	3	D	20	60	3	D	20	60	3	W

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

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

בברכה,

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
24373
מס' רשיון

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

מס' רשיון

שם הרופא

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

12/04/2022

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

רוסו עומר



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

תאריך: 10/05/2022

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

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

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061852012

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061852012

תז נבדק



0213479934

רשיון רופא



024373

שירות שבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

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

תרופות קבועות

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

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

חתימה וחותמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

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

7.ה.ר.

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00-21347993-4

רשיון עומר



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

10/05/2022 תאריך

הפניה לפיזיותרפיה (כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061852010

גורם שולח



2061

מספר הפניה



032061852010

תז נבדק



0213479934

רשיון רופא



024373

לכבוד: מכון לפיזיותרפיה

שירות שנבחר

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

WHIPLASH INJURY

אבחנה משוערת

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

תרופות קבועות

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

ממצאים קליניים

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

חתימה וחוקמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

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

ס.ה.ר 7

דף 1 מ 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

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

רוסו עומר

כללית

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

10/05/2022 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין
 שם הרופא
 מספר רשיון 24373
 נחתם דיגיטלית**
 חתימה וחותמת הרופא



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

אישור מחלה
 רוסו עומר
 המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות
 10/05/2022 הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין 00-21347993-4
 דף 1 מ 1



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

10/05/2022 תאריך

סיכום ביקור

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/05/2022
 סוג ביקור: 1 תאונת דרכים
 מהות הביקור: רגיל

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

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



קוד	איפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7242		LOW BACK PAIN

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

תרופות בביקור	נ	ק	ח	עד	מ	P
BREXIN 20MG (M) TAB 20MG	1	0	0	1	1	W
TRAMADOL OD 100MG TAB 100MG	1	0	0	1	1	W

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

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



בברכה,

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

סיכום ביקור

10/05/2022

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00-21347993-4

רוסו עומר



מס' מרשם

012061751892

שירותי בריאות כללית

תעודת זהות: 1005/2022

הסוכן הרשמי לרפואת בית מרקחת

גיל: 19.07 מין: ז

רוסו עומר

מס' זהות: 00-21347993-4

ביקור עקב תאונת דרכים

BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

000048845

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 09/08/2022 - 10/05/2022

בבואר

TRAMADEX OD 100MG TAB 100MG

000044035

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 09/08/2022 - 10/05/2022

בארב



024373

טלפון: 03-9681888

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

תחום: אורתופדיה

בידיעת, 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



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
מספר

תאריך: 12/07/2022

הפניה לדימות

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

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061018979

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2061



032061018979



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 הינן 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
10306025

תיאור רפואי

קוד משה"ב 72146 ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה גבי
78548

קוד שירות
78548

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

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

אבחנה משוערת

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

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

חתימה וחותמת הרופא
24373

24373

מספר רשיון

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה
ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

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

ה.ה.ר. 6

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

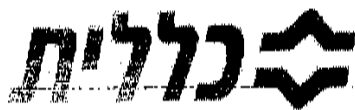
הפניה לדימות

12/07/2022

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: 12/07/2022

אישור מחלה

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

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחתימת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

אישור מחלה
 מספר רשיון: 24373
 תאריך: 12/07/2022



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

12/07/2022

יודפס 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: 12/07/2022

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הן בכפוף לסל השירותים)

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

04/04/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061018980

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2061

032061018980

0213479934

024373

שירות שנבחר

שירות רפואי
80015

תיאור רפואי

שירותי פיזיותרפיה
80015

BACKACHE

אבחנה משוערת

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

חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

12/07/2022: מציין החמרה בכאבים

תרופות קבועות

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

ביום

TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG 1

1 טבליות

ביום

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:

רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין

10/05/2022: ללא שינוי

12/07/2022: רגישות בגב עליון עם הגבלה קשה בתנועות, רגישות בגב תחתון עם

הגבלה ביוניט בתנועות. צוואר ללא הגבלה בתנועות. מוגבל בתנועות כתפיים

עקב החמרה בכאבי גב עליון. נירוסקולרי תקין

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 מעליה.

חתימה וחותמת הרופא
0799666666
מ"ר פינסקר

7 ה.ר.0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

12/07/2022

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

00213479934

רוסו עומר



012061013335

מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

רשימת תופות לבית מרקחת

מס' זהות: 00213479934

רוסו עומר

ביקור עקב תאונת דרכים

ETORICOXIB TAB 90MG 90MG

999003774

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

למשך 14 ימים סה"כ 14 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 11/10/2022 - 12/07/2022

TRAMADEX OD 200MG TAB 200MG

000047648

למשך 30 ימים סה"כ 30 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 11/10/2022 - 12/07/2022



מס' רישיון



024373

טלפון: 03-9681888

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא

כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

תחום: אורתופדיה

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

שירותי בריאות כללית - מחוז מרכז

אגף מחשוב ומערכות מידע

תאריך: 12/07/2022

שעה: 18:26

דף: 1

הזמנה לרופא יועץ

שם: עומר רוסו

מספר זהות: 21347993

רופא: רובינשטיין אלכסנדר - אורתופדיה

- אורתופדיה

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

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

אם אינך יכול/ה להגיע נא להודיע למרפאה בטלפון: 03-9681888

יהודה לייב 31 ראשון לציון
14,85,

כתובת המרפאה:
אוטובוסים:

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

- סוף -



מספר 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
מראפה

תאריך: 06/09/2022

הפניה לפיזיותרפיה

(כל ההמלצות לפיזיותרפיה הינן בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר	מס זהות:	00213479934	גיל:	19.11	מין:	ז
ת.לידה:	05/10/2002	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	שרירא שמואל	טלפון מסך:	54-4512865	
מס בית:	3 / 31	טלפון:	54-4911132					

04/04/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

32061033411

מספר הפניה:

גורם שולח

מספר הפניה

תז נבדק

רשיון רופא



2061



032061033411



0213479934



024373

שירות שנבחר

שירות רפואי
80015

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב

97001 פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - מבוגרים

80015

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

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

חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון

12/07/2022: מציין החמרה בכאבים

06/09/2022: מציין שיפור חלקי בכאבי צוואר והחמרה בכאבי גב תחתון עם

הקרנות לרגליים מדי פעם. יש תור ל MRI בדצמבר.

תרופות קבועות

תרופות

כמות

א. הגשה

פעמים

ב. ביום

TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG 1

1 טבליות

ממצאים קליניים

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:

רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נירוסקולרי תקין

10/05/2022: ללא שינוי

12/07/2022: רגישות בגב עליון עם הגבלה קשה בתנועות, רגישות בגב תחתון עם

הגבלה בינונית בתנועות. צוואר ללא הגבלה בתנועות. מוגבל בתנועות כתפיים

עקב החמרה בכאבי גב עליון. נירוסקולרי תקין

06/09/2022: ללא שינוי

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.ה.ר.0

דף 1

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

06/09/2022

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: 06/09/2022

טופס בקשה

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר	מס זהות:	00213479934	גיל:	19.11	מין:	ז
תלידה:	05/10/2002	ישנו:	ראשון לציון	רחוב:	שרירא שמואל	טלפון נספח:	54-4512865	
מס בית:	31 / 3	טלפון:	54-4911132					

04/04/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

גורם שולח



2061

תז נבדק



0213479934

מספר רשיון



024373

לכבוד: מרפאת רפואה משלימה

אבחנה משוערת

קוד	אפיון	אבחנה
8470		WHIPLASH INJURY
7242		LOW BACK PAIN
7245		BACKACHE

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022:
 חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון
 10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון
 12/07/2022: מציין החמרה בכאבים
 06/09/2022: מציין שיפור חלקי בכאבי צוואר והחמרה בכאבי גב תחתון עם הקרנות לרגליים מדי פעם. יש תור ל MRI בדצמבר.



ממצאים בבדיקה

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:
 רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נוריוסקולרי תקין
 10/05/2022: ללא שינוי
 12/07/2022: רגישות בגב עליון עם הגבלה קשה בתנועות, רגישות בגב תחתון עם הגבלה בינונית בתנועות. צוואר ללא הגבלה בתנועות. מוגבל בתנועות כתפיים
 עקב החמרה בכאבי גב עליון. נוריוסקולרי תקין
 06/09/2022: ללא שינוי

תרופות קבועות

שם	פעמים	א. הגשה	כמות	תרופה
ביום	1	טבליות	1	TERBINAFINE HCL 250MG TAB 250MG

מטרת ההפניה: מופנה לטיפולך

חתימה וחותמת הרופא

24373

מספר רשיון

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

שם הרופא



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: 06/09/2022

אישור מחלה

פרטי המטופל:	
שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר
מס זהות:	00213479934
גיל:	19.11 מין: ז
תלדה:	05/10/2002
מס בית:	3 / 31
טלפון:	54-4911132
טלפון נוסף:	54-4512865
רחוב:	שרירא שמואל

תאריך תאונה 04/04/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

מומלץ על מנוחה מתאריך: 01/09/2022 עד תאריך: 30/09/2022 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה: 30

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

נחתם דיגיטלית

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחומת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

0798845
24373



תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות

דף 1

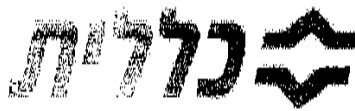
המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

אישור מחלה

06/09/2022

הודפס ע"י ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

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: 06/09/2022

סיכום ביקור

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רוסו עומר	מס זהות:	00213479934	גיל:	19.11	מין:	ז
תולדת:	05/10/2002	ישוב:	ראשון לציון	רחוב:	שרירא שמואל			
מס בית:	3 / 31	טלפון:	54- 4911132	טלפון מסף:	54- 4512865			

04/04/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 06/09/2022

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג ביקור: 1 תאונת דרכים

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 12/04/2022:
 חבלה מאחורה ברכב בו נהג. סובל מכאבי צוואר, גב עליון ותחתון
 10/05/2022: מציין החמרה בכאבי צוואר, גב עליון ותחתון
 12/07/2022: מציין החמרה בכאבים
 06/09/2022: מציין שיפור חלקי בכאבי צוואר והחמרה בכאבי גב תחתון עם
 הקרנות לרגליים מדי פעם. יש תור ל MRI בדצמבר.

בדיקה גופנית:

בדיקה גופנית מתאריך 12/04/2022:
 רגישות בצוואר, גב עליון ותחתון עם הגבלה בתנועות. נוריסקולרי תקין
 10/05/2022: ללא שינוי
 12/07/2022: רגישות בגב עליון עם הגבלה קשה בתנועות, רגישות בגב תחתון עם
 הגבלה בינונית בתנועות. צוואר ללא הגבלה בתנועות. מוגבל בתנועות כתפיים
 עקב החמרה בכאבי גב עליון. נוריסקולרי תקין
 06/09/2022: ללא שינוי

קוד	איפיון	אבחנה
8470	WHIPLASH INJURY	
7242	LOW BACK PAIN	
7245	BACKACHE	
קוד סטטוס	פרטי הפניה	הפניות
H9 הודפס	80015-פיזיותרפיה אבחון וב	הפניה לפיזיותרפיה
H139 הודפס	מופנה לטיפולך	טופס בקשה

תרופות

תרופה	הגשה מבה	יחידה	סה"כ משך	OP	מקנ
BREXIN 20MG (M) TAB 20MG	1	TAB	20	20	1
			1	20	1
			1	20	1

קוד	מתאריך	עד תאריך	סטטוס
11	01/09/2022	30/09/2022	הופק

בברכה,

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחומת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

נספח 3 :

טופס 1 - מינוי מומחים - מגדל - אורתופדי

(עמודים 31 עד 31)



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

טופס 1

(תקנה 2)

בקשה למינוי מומחים רפואיים

ת.א. 22/

בבית משפט השלום
בכפר סבא

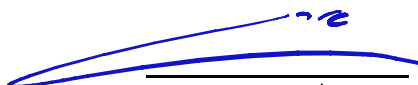
עומר רוסו - נגד - מגדל חברה לביטוח בע"מ

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, בצריפים, 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 וסר ותצהיר תאונות

(עמודים 33 עד 36)



י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 213429434, מס' 101, מרחוב צירא שאל 3, ימין,
 ת.ז. מס' 213429434, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
 ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום 4.4.22
 מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
 הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



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

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטור ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

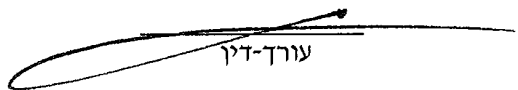
היום 27 לחודש 12 שנה 22

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל



עו"ד אריאל צהר
מס' רשיון: 62254


עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>101</u>	<u>213479934</u>	<u>2012</u>	<u>1012</u>
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
<u>3</u>	<u>מס' 3</u>	<u>מס' 3</u>	<u>מס' 3</u>
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון

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: 27.12.22 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: _____
X מס' רשיון: 62254 חתימת האפוטרופוס: _____

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

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

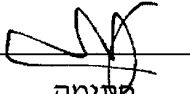
אני הח"מ ד"ר יוסף בעל ת.ז. 213479931 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

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

תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	המחלה: _____	המוסד הרפואי: _____

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

תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____	הפגיעה: _____	המוסד הרפואי: _____

X 
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד ד"ר יוסף, מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 21.11.21
הופיע/ה בפני ד"ר יוסף (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס'
213479931 ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

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