

30/6/22  
077-3180983

דבאר  
א"ק א"ק

א"ק א"ק א"ק א"ק  
א"ק א"ק א"ק א"ק  
א"ק א"ק א"ק א"ק

א"ק

054-4512865 א"ק א"ק

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין, 7033001  
מסוקף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א

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



המרכז  
הרפואי  
שמיר



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

### \*\*\*סודי רפואי\*\*\*

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

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

### סיכום ביקור במחלקה לרפואה דחופה

החלטה רפואית: שחרור

### אבחנות במלרד

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

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

אופן הגעה למלרד

אופן הגעת המטופל/ת: עצמוני

דרך הגעה: מלווה

מלווה: הורה

סיבת פנייה

סיבה עיקרית: תאונת דרכים

הערות: ממתין

בדיקת רופא ראשונית

בן 19, בריא בד"כ.

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

צילום: ללא ממצא חריף.

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

טופל בנוגדי כאב.

משתחרר עם ההמלצות הבאות:

## סיכום רפואי במלרד

תאונת דרכים במנגנון הצלפת שוט.

משתחרר עם ההמלצות הבאות:

## המלצות בשחרור

המלצה: -מנוחה יומיים

-שיכוך כאב לפי הצורך עם אקמול או אופטלגין 1g עד 3 פעמים ביום לפי הצורך  
 -בהחמרה בכאב, חסר 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 כירורג בשאלה של חבלת ראש בקהילה.

## טיפול תרופתי במלרד

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

## מדדים אחרונים

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

## ציוני אומדנים - אומדן כאב מבוגרים

| אומדן       | תאריך          | ציון | משמעות  |
|-------------|----------------|------|---------|
| אומדן אחרון |                |      |         |
| 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 |

סיון 9 קמח



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

יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר 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                                                                                                                                                      | 1017         | מירוס                | 8/9/61          | נ       |         |
| ישוב                                                                                                                                                           | כתובת (רחוב) | מספר בית             | מספר דירה       | תא דואר | מיקוד   |
| 74508                                                                                                                                                          | לכיא         | 3                    | 2               |         | 7538106 |
| מספר טלפון                                                                                                                                                     | פקס          | כתובת דואר אלקטרוני  | מספר טלפון נייד |         |         |
| 054-4512966                                                                                                                                                    |              | mirarussos@gmail.com | 054-4512865     |         |         |
| באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך לבחור בדבר התביעה: <input type="checkbox"/> פקס <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר |              |                      |                 |         |         |
| תבאי למשלוח הודעות באמצעות כתובת דואר אלקטרוני, חינו מסירת טלפון נייד עדכני ותקין                                                                              |              |                      |                 |         |         |

| ב. פרטי כלי רכב                              |                                                                                                                                                                                                     |                       |          |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| מספר רישוי                                   | סוג הרכב                                                                                                                                                                                            | שם שרן                | שנת יצור |
| 1218139                                      | <input checked="" type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> משא <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> קטנוע <input type="checkbox"/> אופנוע | סיון                  | 2016     |
| מיקומו הנוכחי של הרכב (רחוב, מספר בית, ישוב) | שם איש קשר במקום המצאו של הרכב                                                                                                                                                                      | מספר טלפון של איש קשר |          |
| 74508                                        | מירוס                                                                                                                                                                                               | 054-4512966           |          |

| ג. פרטי הנהג בעת האירוע |                  |           |                 |                 |                      |
|-------------------------|------------------|-----------|-----------------|-----------------|----------------------|
| מספר זהות               | שם משפחה         | שם פרטי   | תאריך לידה      | מין             | כתובת דואר אלקטרוני  |
| 213449934               | 1017             | מירוס     | 5/10/63         | נ               | mirarussos@gmail.com |
| ישוב                    | מס' בית          | מיקוד     | מספר טלפון      | מספר טלפון נייד |                      |
| 74508                   | 3                | 7538106   | 054-4512865     | 054-9111320     |                      |
| מספר רישוי              | מספר רישוי נהיגה | סוג רישוי | שנת הוצאת רישוי |                 |                      |
| 1961240                 |                  | ה         | 2020            |                 |                      |

| ד. פרטי האירוע                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| תאריך אירוע                                                                                                                                                                              | סוג הנסיעה                                                                                                                                           |
| 4/4/22                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> מונית                                          |
| שעה משוערת                                                                                                                                                                               | עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> פריטית <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> מונית |
| 16:30                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |
| תיאור של מקום האירוע - כתובת מלאה או פרטי כבישים ו/או צמתים:                                                                                                                             |                                                                                                                                                      |
| באזור רמת השרון, תחנת תחבורה, תחנת תחבורה, תחנת תחבורה                                                                                                                                   |                                                                                                                                                      |
| סוג הנזק: <input checked="" type="checkbox"/> אש, ברוק, התפוצצות התלקחות <input type="checkbox"/> זדון <input type="checkbox"/> שטפון, ברד, סופה וכד' <input type="checkbox"/> מעשה זדון |                                                                                                                                                      |
| תיאור האירוע: <input checked="" type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> אירוע אחר                                                                                         |                                                                                                                                                      |
| במידה והרכב נפגע כתוצאה ממפגע בדרך (שמן, בור בכביש וכד'), נא לציין פרטים מלאים:                                                                                                          |                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                      |
| תיאור הנזק לרכב המבוטח: <input checked="" type="checkbox"/> נזק כבד <input type="checkbox"/> נזק קל                                                                                      |                                                                                                                                                      |
| נזק כבד: <input checked="" type="checkbox"/> נזק כבד <input type="checkbox"/> נזק קל                                                                                                     |                                                                                                                                                      |
| האם הרכב שימש בעת תאונת הדרכים להסעת נוסעים בשכר, לרבות באמצעות שירותי אפליקציה להסעת נוסעים של טלפונים חכמים? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן        |                                                                                                                                                      |
| האם משטרת ישראל התערבה באירוע? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, במידה וכן, נא צרף אישור משטרה.                                                        |                                                                                                                                                      |



010019560103310718

עמוד 1 מתוך 3 דפים

קוד מסמך 1



| ו. פרטי צד ג'                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |                |                                             |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|-----------------|
| מספר רישוי                                                                                                                                                                                                                                                                              | סוג הרכב                                                                  | שם חברת הביטוח | מספר פוליסה                                 | שם סוכן         |
| 3457552                                                                                                                                                                                                                                                                                 | קל <input checked="" type="checkbox"/> מעל 4 טון <input type="checkbox"/> | 666            | 2-9442552-00                                | מספר טלפון סוכן |
| מספר זהות - נהג / מבוסח                                                                                                                                                                                                                                                                 | שם משפחה                                                                  | שם פרטי        | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |                 |
| 316042159                                                                                                                                                                                                                                                                               | חיון חיים                                                                 | ליא            | 9700000                                     |                 |
| רשום מה הנזק שנגרם לצד ג' (אנשים, כלי רכב, נכסים):                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                |                                             |                 |
| מי לדעתך אחראי לתאונה?                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                |                                             |                 |
| צד ג': <input checked="" type="checkbox"/> מלא <input type="checkbox"/> חלקי <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> אני (המבוסח או הנהג מסעמו): <input type="checkbox"/> מלא <input type="checkbox"/> חלקי <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> |                                                                           |                |                                             |                 |
| מוקד הפגיעה ברכב צד ג':                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                |                                             |                 |
| 1. חלק אחורי של הרכב <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |                |                                             |                 |
| 2. גחון הרכב (מרכז תחתון) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                |                                             |                 |
| 3. חזית הרכב <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                |                                             |                 |
| 4. צד ימין <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                |                                             |                 |
| 5. צד שמאל <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                |                                             |                 |
| 6. גג <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |                |                                             |                 |

| ז. פרטי עדים |          |         |       |                 |
|--------------|----------|---------|-------|-----------------|
| מספר זהות    | שם משפחה | שם פרטי | כתובת | מספר טלפון נייד |
|              |          |         |       |                 |
|              |          |         |       |                 |
|              |          |         |       |                 |

| ט. הצהרות המבוסח                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ח. המסמכים שצורפו להודעה זו                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אני מעוניין שתביעה צד ג', אם תוגש כנגדי, תסופל על-ידי מגדל חברה לביטוח בע"מ, כולל כיהול משא ומתן עם צד ג', ואני מתחייב להעביר לחברה את סכום ההשתתפות העצמית על-פי תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> תצלום תעודת זהות    |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> תצלום רישיון נהיגה  |
| <input checked="" type="checkbox"/> אני מבקש לתקן את הרכב במוסך הסדר _____ (בחר מותוך הרשימה המוצעת באתר).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> תצלום רישיון רכב    |
| <input type="checkbox"/> אבקש כי השמאי _____ (בחר מותוך הרשימה המוצעת באתר) יבצע את אומדן הנזק.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> שרטוט מקום התאונה   |
| <input type="checkbox"/> אם אהיה זכאי לפיצוי, אני מבקש להעביר אליי את התשלום ישירות לחשבון הבנק לפי הפרטים והתנאים הרשומים בטופס "הרשאה לביצוע העברה בנקאית", שאצרף למשלוח טופס זה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> אישור משטרה         |
| <input type="checkbox"/> אני מתחייב להעביר לחברה כל הודעה, תביעה או בקשה שאקבל מגורם כלשהו בקשר לתאונה שפרסיה לעיל.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> תמונות ממקום האירוע |
| <input type="checkbox"/> אני מצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומדויקים ולא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> אחר _____           |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע מסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ/או מי מסעמו, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח / בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים מתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד). |                                              |

|                  |                          |                 |
|------------------|--------------------------|-----------------|
| חתימת המבוסח<br> | שם ממלא ההודעה<br>5/4/22 | תאריך<br>5/4/22 |
|------------------|--------------------------|-----------------|



מדינת ישראל



משרד התחבורה  
מינהל התעעה - אגף הרישוי

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

נציג המבקש (השליח) יציג:

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

יפוי כח - של אדם פרטי רכב מספר

☐ למכירת הרכב (מטעם בעל הרכב).

☐ לקניית הרכב (מטעם הקונה).

☐ לפעולה אחרת מטעם בעל הרכב.

1. פרטי מותן יפוי הכח - בעל הרכב הרשום או הקונה

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

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

2. פרטי מיפיה הכח (נציגו של המבקש):

ס.ב. מספר זהות

שם משפחה ופרטי

תאריך האישור בתוקף עד

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

טוב טיש מנדל מאחוריך  
www.mtgdel.co.il

מנדל  
מגדל

מנדל ניהול תביעות בע"מ

הטופס מיועד לנשים ונכרים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא כעפרון

|              |
|--------------|
| תאריך האירוע |
| 04.01.22     |

## הוראה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

(יש לצרף טופס הוראה נפרד עבור כל תביעה)

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

| מספר זהות           | שם משפחה | שם פרטי  | מספר טלפון  | מספר טלפון נייד |
|---------------------|----------|----------|-------------|-----------------|
| 057318610           | רומי     | רומי     | 054-4513266 |                 |
| כתובת מגורים (רחוב) | מספר בית | ישוב     | מיקוד       |                 |
| ח' 9' 9             | 3/21     | 9" 60 87 | 7508106     |                 |

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

| שם הבנק            | מספר בנק | מספר סניף | שם סניף | מספר חשבון בנק |
|--------------------|----------|-----------|---------|----------------|
| מ"ל 1106           | 10       | 069       | י' קמ   | 2457207        |
| כתובת הסניף (רחוב) | מספר בית | ישוב      | מיקוד   |                |
| בוקר רחוב 4        | 7 מ      | 9" 60 87  |         |                |

חובה לצרף המחאה מבוססת או אישור הבנק לאימות פרטי חשבון

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

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

חשוב למלא בכתב יד קריא וברור. במקרה של חוסר בהירות, תשלח ההודעה בדואר לכתובת הרשומה בפוליסה.  
ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי כאחד האמצעים שרשמתי לעיליכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.

אני מאשר, מצהיר ומתחייב כי:

- כל הנתונים שהסרתי לכם לפני ההעברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחראי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- אני מאשר כי ידוע לי שסכום ההעברה הבנקאית באמצעות הרשאה זו, לא יעלה על סך של 50,000 ש"ח.
- יידע לי כי אם הפרטים עליי בדיווחכם אינם נכונים ו/או לא צורף שיק מבטל - יבוצע התשלום כשיק.

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

חתימת בעל החשבון \*  
חתימת בעל החשבון \*

שם בעל החשבון  
שם בעל החשבון

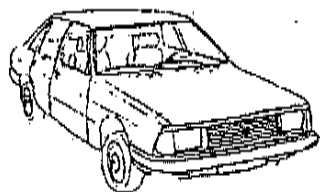
תאריך  
05.04.22

למילוי אם יש יותר מחבוטה / תובע אחד:



## ד. פרטי האירוע - המשך

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



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

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



ציין תמרחים בכיוון נסיעתך:

ציין תמרחים בכיוון נסיעת רכב צד ג':

## ה. פרטי נפגעי גוף

| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות | האם בעת התאונה היית                                         | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. <b>רויטל חוה</b>                                                                                                                                                                          | 213479934 | <input checked="" type="checkbox"/> ברכב המבוטח / מחוץ לרכב | <b>לפיד 3 ראשון</b>                         |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | גיל       | האם הנפגע פונה לבית חולים                                   | האם הנפגע אושפז בבית                        |
| 054-911320                                                                                                                                                                                   | 19 1/2    | <input checked="" type="checkbox"/> כן                      | <input checked="" type="checkbox"/> לא      |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                               |           |                                                             |                                             |
| מסגרת הנסיעה                                                                                                                                                                                 |           |                                                             |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input checked="" type="checkbox"/> אחר |           |                                                             |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות | ברכב המבוטח / מחוץ לרכב                                     | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> ברכב המבוטח / מחוץ לרכב            |                                             |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | גיל       | פונה / אושפז                                                | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> כן                                 | <input type="checkbox"/> לא                 |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                               |           |                                                             |                                             |
| מסגרת הנסיעה                                                                                                                                                                                 |           |                                                             |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |           |                                                             |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות | ברכב המבוטח / מחוץ לרכב                                     | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> ברכב המבוטח / מחוץ לרכב            |                                             |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | גיל       | פונה / אושפז                                                | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> כן                                 | <input type="checkbox"/> לא                 |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                               |           |                                                             |                                             |
| מסגרת הנסיעה                                                                                                                                                                                 |           |                                                             |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |           |                                                             |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות | ברכב המבוטח / מחוץ לרכב                                     | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> ברכב המבוטח / מחוץ לרכב            |                                             |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | גיל       | פונה / אושפז                                                | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> כן                                 | <input type="checkbox"/> לא                 |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                               |           |                                                             |                                             |
| מסגרת הנסיעה                                                                                                                                                                                 |           |                                                             |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |           |                                                             |                                             |
| שם הנפגע                                                                                                                                                                                     | מספר זהות | ברכב המבוטח / מחוץ לרכב                                     | כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד) |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> ברכב המבוטח / מחוץ לרכב            |                                             |
| מספר טלפון נייד                                                                                                                                                                              | גיל       | פונה / אושפז                                                | שם בית החולים                               |
|                                                                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> כן                                 | <input type="checkbox"/> לא                 |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                               |           |                                                             |                                             |
| מסגרת הנסיעה                                                                                                                                                                                 |           |                                                             |                                             |
| <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> חזרה מהעבודה <input type="checkbox"/> הסעה בשכר <input type="checkbox"/> אחר            |           |                                                             |                                             |

5215



010019560203310718

עמוד 2 מתוך 3 דפים

קוד מסמך 1

| שם הסוכן | מספר הסוכן | תא סוכן   |
|----------|------------|-----------|
|          |            |           |
| מדור     | מספר תביעה | מספר זהות |
|          |            |           |

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

יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר  
ועיל בתביעתך.  
ייתכן כי בעת הטיפול בתביעה יידרשו מסמכים נוספים



## הסכמה למסירת מידע ממשרד הרישוי

טופס מספר **960**

**א. כתב התחייבות והסכמה למסירת מידע על רכב / על נהג**

**כתב התחייבות והסכמה למסירת מידע על הרכב**

אני הח"מ, הרשום כבעל הרכב שמספרו **1218139** מסכים בזה, כי משרד התחבורה יעביר למגדל חברה לביטוח בע"מ, באמצעות איגוד חברות הביטוח בישראל / מרכז הסליקה של חברות הביטוח בע"מ את כל המידע על הרכב המצוי במאגר כלי הרכב של משרד התחבורה. הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעות כלפיהם / בקשתי לקבלת: ☐ נתוני שאילתא 03 ☐ טופס 1010 (סמן את בחירתך). לענין טופס 1010 (העתק רישיון רכב) אני מצהיר כי הרישיון המקורי של הרכב אינו ברשותי כמפורט להלן: ☐ אבד ☐ נגנב ☐ אחר (סמן את הנוון).

תאריך: **5/4/22** שם מלא: **משה משה** מספר זהות: **057318610** חתימת בעל הרכב הרשום: **משה משה**

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

אני הח"מ, הנהג ברכב לגביי הוגשה תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (רכוש), מסכים בזה כי משרד התחבורה, התשתיות הלאומיות והבטיחות בדרכים יעביר לחברת הביטוח לה הוגשה התביעה, באמצעות איגוד חברות הביטוח, את המידע על רישיון הנהיגה שלי הנדרש לאור התביעה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהגים שבשרות המשרד. הסכמתי ניתנת לצורך בירור תביעה כלפיהם.

כתובת הנהג: **מ.י.כ.מ. 9/32 מ.י.כ.מ. 3**

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

תאריך: **5/4/22** שם מלא: **משה משה** מספר זהות / רישיון נהיגה: **057318610** חתימת בעל הרכב הרשום: **משה משה**

**ב. פרטי חשבון הבנק**

על-פי הודעת משרד התחבורה, הטיפול בהחזר אגרה של רכב גנוב יהיה לאחר תום שלושה חודשים מתאריך מסירת ההודעה על הגניבת. הטיפול בהחזר האגרה אינו באחריות חברת הביטוח אלא ישירות על-ידי משרד התחבורה. לצורך קבלת ההחזר היחסי על-פי דין של אגרת הרישוי ממשרד התחבורה כאשר הרכב גנוב או במקרה שהשמאי ידווח על הרכב כרכב באובדן גמור, אני מוסר להלן את פרטי חשבון הבנק שלי. במקרה שבעל הרכב מסרב למסור את פרטי החשבון, אין לחייבו לעשות כן.

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



017119600101200618

עמוד **1** מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 711







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 התאונה: 04/04/2022  
בשעה: 16:30

2. מקום התאונה:

ראשון לציון לוי אשכול בכביש עירוני

הערות מקום:

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

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

מעורבים ברכב:

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

פרטי הרכב:

|            |         |             |             |           |            |
|------------|---------|-------------|-------------|-----------|------------|
| מספר רכב   | 3457552 | סוג רכב     | פרטי נוסעים | תוצר רכב  | קיה קוראדה |
| 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 | ראשול"צ, וינק 34 | קופ"ח / בית חולים |              |

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

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

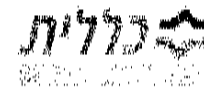
פרטי המטפל בתיק

|     |         |          |    |         |     |
|-----|---------|----------|----|---------|-----|
| מ"א | 1065184 | שם משפחה | כו | שם פרטי | מרב |
|-----|---------|----------|----|---------|-----|

פרטי השוטר המוסר

|      |         |          |    |         |     |
|------|---------|----------|----|---------|-----|
| מ"א  | 1065184 | שם משפחה | כו | שם פרטי | מרב |
| דרגה | רסב     |          |    |         |     |

אשראי  
11-04-2022  
חתימה  
אשראי



## הזמנה

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

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין  
אורתופדיה  
24373  
יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון  
03-9681888  
03-9681842

12/04/2022 תאריך

## אישור מחלה

פרטי המטופל

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 1 תאונת דרכים

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

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מרכז מידע  
24373  
03-9681888

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

דף 1 מ 1

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

אישור מחלה

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

רוסו עומר



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

תאריך 12/04/2022

## סיכום ביקור

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

תאריך תאונה 04/04/2022

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

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

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

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

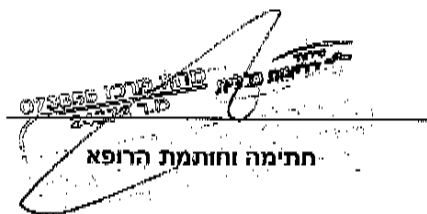
## תרופות בביקור

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

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

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

בברכה,

  
 חתימה וחזמת הרופא

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

מס' רשיון

שם הרופא



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

תאריך: 10/05/2022

### 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       |
| ראשון לציון       | 3 / 31        | 3     | מין   | 54 -4911132 | 54 - 4512865 |
| ישוב              | מס בית        | רחוב  | טלפון | טלפון       | טלפון נוסף   |
|                   |               |       |       |             |              |

תאריך תאונה: 04/04/2022

סוג תאונה: 1 תאונת דרכים

מספר הפניה: 32061852012

גורם שולח: 2061

מספר הפניה: 032061852012

תז נבדק: 0213479934

רשיון רופא: 024373

## שירות שנבחר

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

LOW BACK PAIN

אבחנה משוערת

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

## תרופות קבועות

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

## ממצאים קליניים

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

חתימה 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.0

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

רוסו עומר



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

10/05/2022 תאריך

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

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

סוג תאונה 1 תאונת דרכים תאריך תאונה 04/04/2022

32061852010

מספר הפניה:

גרם 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

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

ממצאים קליניים

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

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחזותם הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

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

7 ה.ר.ו

דף 1 מ 1

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

הפניה לפיזיותרפיה

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

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

10/05/2022 תאריך

## אישור מחלה

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

תעודת המשך למחלה זו

נבדק עקב: 1 תאונת דרכים

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

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

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

\*\*נחתם דיגיטלית\*\*

24373

ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכללית

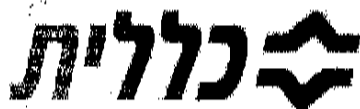
דף 1 מ 1

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

אישור מחלה

10/05/2022 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

10/05/2022 תאריך

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

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

04/04/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 1 תאונת דרכים

שלום רב,

תאריך הביקור: 10/05/2022

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

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

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

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

| אישור      | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|------------|-----|------------|------------|-------|
| אישור מחלה | I1  | 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

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

רוסו עומר



מס' מרשם

שירותי בריאות כללית

תוקף: 09/08/2022 - 10/05/2022

רשימת תרופות לבית מרקחת

גיל: 19.07 מין: ז

רוסו עומר

מס' זהות: 00-21347993-4

ביקור עקב תאונת דרכים

BREXIN 20MG (M) TAB 20MG

000048845

למשך 20 ימים סה"כ 20 יח

טבליות 1 x 1 ביום

תוקף מרשמים: 09/08/2022 - 10/05/2022

ברוך

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

ברוך



024373

טלפון: 03-9681888

שם הרופא ד"ר אלכסנדר רובינשטיין

כתובת: יהודה לייב פינסקר 31, ראשון לציון

תחום: אורתופדיה

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

לצורך אבטחת מידע, לקבלת תרופות יש להציג כרטיס מגנטי

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