

טופס ד'

ייפוי כוח רפואי

(לפי סעיף 32טו לחוק וסעיף 16 לחוק זכויות החולה)
טופס זה מנוסח בלשון זכר אך הוא מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזיהוי של הממנה

אני החתום מטה (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות),

שם פרטי _____ שם משפחה _____
 מס' תעודת זהות ישראלית _____
 דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____
מקום מגורים קבוע: ארץ _____ יישוב _____

פרטי התקשרות של הממנה

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:
* יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות.

בכתובת דואר: ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____
ת"ד _____ מיקוד ת"ד _____
 דואר אלקטרוני: _____
 טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים): _____
לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:
 אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____
 במסרון לטלפון נייד שמספרו: _____

פרטי מיופה הכוח

אני ממנה ומייפה את כוחו של (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות)

שם פרטי _____ שם משפחה _____
 מס' תעודת זהות ישראלית _____
 דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____
אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש קרבה משפחתית: כן סוג קרבה: _____ / לא

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש זיקה אחרת כדלקמן:

איש מקצוע (פרט את המקצוע) _____, מספר רישיון _____ (יש לסמן רק אם מיופה הכוח נבחר בשל היותו איש מקצוע)
 קרבה אחרת (חבר, מכר, אחר): _____

אני מייפה את מיופה כוחי לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה (נא לסמן את אחת האפשרויות):

בכל העניינים הרפואיים

בעניינים הרפואיים האלה: _____

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה: _____

במקרה של יותר ממיופה כוח אחד יש למלא את הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד וכן לציין אם הוא מיופה כוח בנוסף/במשותף/חלופי למיופה הכוח.

{ הנחיות מקדימות }

הנחיות בעניין כניסת ייפוי הכוח לתוקף

- מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים הרפואיים שבהם ניתן ייפוי הכוח.
- ידוע לי כי בהעדר הוראה מיוחדת הקביעה כי אני מסוגל להבין בדבר תהיה על פי חוות דעת מומחה לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות, התשכ"ב-1962 (להלן - החוק).
- אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי אני מסוגל להבין בעניינים אלה (כולם או חלקם) כדלקמן (סעיף רשות):

- _____ (הערה: לא ניתן לקבוע כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף על פי החלטתו של מיופה הכוח בלבד).
- ברצוני לקבוע כי יהיה על מיופה הכוח ליידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הודעה לאפוסטרופוס הכללי על כניסת ייפוי הכוח לתוקף.

פרטי האדם שיש ליידע בדבר כניסה לתוקף

שם פרטי _____ שם משפחה _____

תפקיד/עיסוק (אם נוגע לעניין) _____

מס' תעודת זהות ישראלית _____

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____

ארץ הנפקת דרכון _____

טלפון _____ טלפון סלולרי _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

הצהרות

- ידוע לי כי מיופה הכוח לא יוכל לקבל החלטות, לתת הוראות או לבצע פעולות הקשורות לטיפול רפואי בסוף החיים, ולעניין זה עלי למנות גם מיופה כוח או לתת הנחיות רפואיות מקדימות לפי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005.
- ידוע לי כי ייפוי כוח זה הוא ייפוי כוח רפואי בלבד ואינו מתייחס לעניינים רכשיים, כגון ניהול חשבונות בנק או קבלת קצבאות או לעניינים אישיים שאינם רפואיים, כגון החלטה על מקום מגורים.

הנחיות מקדימות למיופה הכוח

- ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן: _____
- (א) ידוע לי כי בהעדר הוראה אחרת ייפוי הכוח הרפואי יסמך את מיופה הכוח גם בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה וכן לקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לפי חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.
- (ב) אני מבקש להורות כי מיופה הכוח לא יהיה מוסמך לקבל החלטות בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה ולקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת

ברצוני להסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים האלה שבהם נדרשת הסמכה מפורשת (סעיף רשות):

ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסמכה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

פקעת תוקפו של ייפוי הכוח

- ידוע לי כי ייפוי הכוח יפקע אם יחדלו להתקיים במיופה הכוח תנאי הכשירות שבחוק או אם מיופה הכוח יודיע לי או לקרובי בכתב כי אינו מעוניין לשמש כמיופה כוח או בהתקיים התנאים הקבועים בסעיף 32כב לחוק.
- נוסף על כך, אני קובע כי ייפוי הכוח יפקע אם יתקיימו תנאים אלה (סעיף רשות): _____
- ברצוני לקבוע כי ייפוי הכוח יעמוד בתוקפו גם אם אודיע על רצוני לבטלו - אם באותה עת לא אהיה בעל כשירות לחתום על ייפוי הכוח.
- ידוע לי כי אם לא אפקיד את ייפוי הכוח אצל האפוסטרופוס הכללי, הוא יעמוד בתוקפו למשך שנה אחת בלבד.

מידעים ומסירת מידע

ברצוני לקבוע אדם אחד או יותר שיהיה על מיופה הכוח לדווח לו על החלטות או פעולות בנושאים ובמועדים כפי שיפורט:

פרטי האדם המיועד

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מס' תעודת זהות ישראלית _____

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

טלפון _____ טלפון סלולרי _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

הדיווח ייעשה בנושאים האלה: _____

הדיווח ייעשה במועדים האלה: _____

ברצוני כי לאדם המיועד יועבר העתק מייפוי הכוח.

ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוסטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוסטרופוס הכללי (סעיף רשות).

אני מסכים למסור עותק מייפוי כוח זה או לאפשר עיון בו, לכל מטפל כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996 לשם טיפול בי - כן לא

מסירת מידע לקרובי משפחה¹

- ברצוני כי קרובי משפחתי המנויים בחוק יהיו זכאים למידע לפי החוק.
- ברצוני להגביל את מסירת המידע לקרובי משפחתי בהתאם לפירוט שלהלן:

הגבלות על מסירת מידע לקרובי משפחה

סוג הקרבה _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

מס' תעודת זהות ישראלית _____

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

המידע לא יימסר בנושאים האלה: _____

¹ קרוב משפחה - אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ר' הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

{ חתימות }

חתימת הממנה

אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן ייפוי הכוח, מטרותיו ותוצאותיו וכי ייפוי הכוח ניתן בהסכמה חופשית ומרצון, בלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

יום _____ חודש _____ שנה _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימת הממנה _____

הסכמת והצהרת מיופה הכוח

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה/ת כוח שלי: שם פרטי _____ שם משפחה _____
מספר זהות/דרכון _____

אני מבין/ה את משמעות ייפוי הכוח, האחריות והסמכויות לפיו.
אני עומד/ת בתנאי הכשירות לשמש מיופה/ת כוח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.
ידוע לי שכדי שייפוי הכוח ייכנס לתוקפו עלי למסור הצהרה לאפוטרופוס הכללי.

אני מבקש/ת לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:
*יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות.

בכתובת דואר: ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____
ת"ד _____ מיקוד ת"ד _____

דואר אלקטרוני: _____

טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים): _____

לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:

אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____

במסרון לטלפון נייד שמספרו: _____

יום _____ חודש _____ בשנת _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימת מיופה הכוח _____

חתימת עו"ד/בעל מקצוע שבפניו חתם מיופה הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי מיופה הכוח _____ מספר מזהה _____
באתי על החתום
שם פרטי _____ שם משפחה _____
 מס' תעודת זהות ישראלית _____
 דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____
תפקיד: עו"ד/רופא מורשה/עובד סוציאלי/פסיכולוג/אח/אחות מס' רישיון: _____
חתימת עו"ד/בעל מקצוע _____ חותמת _____

חתימת בעל המקצוע שבפניו חתם הממנה

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי הממנה _____ מספר מזהה _____
1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.
2. מצאתי כי הממנה -
 אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה
 אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ייפוי הכוח: _____
3. נוכחתי לדעת כי הממנה מבין את משמעות ייפוי הכוח, מטרותיו ואת האפשרות לכלול בו הנחיות מקדימות, והתרשמתי כי ייפוי הכוח ניתן בידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו על הממנה לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו של הממנה.
4. אני מצהיר/ה שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

באתי על החתום
יום _____ חודש _____ שנה _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____
 מס' תעודת זהות ישראלית _____
 דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____
תפקיד: עו"ד/רופא מורשה/עובד סוציאלי/פסיכולוג/אח/אחות מס' רישיון: _____
חתימת בעל מקצוע _____ חותמת _____

{ נספח א' }

הסכמה מיוחדת לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז כאמור לפי סעיף 132(ג)(2) לחוק

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה שלהלן ואת תוצאותיה - אני מבקש להורות שמיופה הכוח יהיה מוסמך לתת הסכמה בשמי לעניינים המפורטים כאן, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו אתנגד לבדיקה, לטיפול, לאשפוז או לשחרור -

בדיקה פסיכיאטרית

טיפול פסיכיאטרי

אשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור

יום _____ חודש _____ שנה _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימת הממנה _____

אישור רופא מומחה בפסיכיאטרייה

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי הממנה _____ מספר מזהה _____

1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.

2. מצאתי כי הממנה -

אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה

אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ייפוי הכוח: _____

3. הסברתי לממנה את משמעות הסמכותו של מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, טיפול, אשפוז או שחרור מאשפוז חרף התנגדותו, ואת תוצאותיה האפשריות, והתרשמתי כי הוראה זו ניתנה בידו בהסכמה חופשית ומרצון, בלא שהופעלו עליו לחץ או השפעה בלתי הוגנת

ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו של הממנה.

באתי על החתום

יום _____ חודש _____ שנה _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' רישיון: _____

מס' תעודת זהות ישראלית _____

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

חתימה _____ חותמת _____