

ייפוי כוח רפואי מתמשך – למיופה כוח יחיד¹

(לפי סעיף 32 לחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות, התשכ"ב-1962 (להלן – החוק) וסעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ב-1996)

- טופס זה מנוסח בלשון זכר, אך הוא מיועד לנשים ולגברים כאחד.

א. פרטי הממנה

פרטים מזהים של הממנה (חובה)

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____

מספר דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית) _____ ארץ הנפקת דרכון זר _____

שנת לידה _____

מקום מגורים קבוע: ארץ _____ כתובת _____

פרטי התקשרות של הממנה (חובה)

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוסטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה (יש למלא את כל הפרטים מטה ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות מהאפוסטרופוס הכללי)²:

כתובת למשלוח דואר: ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____

מספר _____ כניסה _____ מיקוד _____ ת"ד _____

כתובת _____ דואר _____ אלקטרוני _____

מסרון לטלפון נייד שמספרו (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים) _____

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

אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____

במסרון לטלפון הנייד שמספרו: _____

ב. פרטי מיופה הכוח (חובה)

אני ממנה ומייפה את כוח/כוחם של (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות):

1. שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____

מספר דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית) _____ ארץ הנפקת דרכון זר _____

אני מצהיר כי בין מיופה כוח זה לביני יש קרבה משפחתית³: לא /כן. סוג קרבה _____

¹ קיים טופס ייעודי למינני של יותר ממיופה כוח אחד (עד שלושה מיופי כוח).

² שהיא הדרך המועדפת לממנה.

³ קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

אני מצהיר כי בין מיופה כוח זה לביני יש זיקה אחרת כאמור:

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 כוחו של מיופה כוח זה לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה (נא לסמן את אחת האפשרויות):

בכל העניינים הרפואיים

* בהיעדר הוראה אחרת, ייפוי הכוח הרפואי יסמך את מיופה הכוח גם בעניינים הנוגעים לבדיקה או טיפול פסיכיאטרי בקהילה וכן לקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לפי חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991.

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה⁴: _____

בעניינים הרפואיים האלה⁴: _____

ג. כניסת ייפוי הכוח לתוקף

הנחיות בעניין אופן כניסת ייפוי הכוח לתוקף

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להיות מסוגל להבין בדבר⁵ בענייני הרפואיים שבהם ניתן ייפוי הכוח, וכן (נא לסמן אחת משתי האפשרויות הבאות):

הקביעה כי איני מסוגל להבין בדבר בענייני הרפואיים תהיה על פי חוות דעת מומחה, בהתאם לברירת המחדל בחוק⁶.

אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי איני מסוגל להבין בדבר בענייני הרפואיים (כולם או חלקם)⁷: _____

ברצוני לקבוע כי בטרם ימסור מיופה הכוח הודעה לאפוטרופוס הכללי על כניסת ייפוי הכוח לתוקף ימסור הודעה על כך לאדם (אחד או יותר) שפרטיו מפורטים להלן (רשות):

שם פרטי _____ שם משפחה _____ תפקיד/עיסוק (אם נוגע לעניין)

מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____ מספר דרכון זר _____

(רק אם אין תעודת זהות ישראלית) _____ ארץ הנפקת דרכון זר _____

טלפון _____ טלפון נייד _____ כתובת דואר אלקטרוני _____

יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

ד. הנחיות מקדימות למיופה הכוח (רשות)

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן:

⁴ ניתן לציין עניינים רפואיים מסוימים דוגמת: ניתוח, דיאליזה, טיפול כימותרפי, טיפול אגב בעיה רפואית מסוימת דוגמת טיפולים במחלת הסוכרת או טיפולים במהלך אשפוז מסוים.

⁵ "מסוגל להבין בדבר" – מי שמסוגל להבין בעניין מסוים ולקבל החלטות בקשר אליו (סעיף 32א לחוק).

⁶ סעיף 32(ג) לחוק.

⁷ הוראה מיוחדת לעניין הכניסה לתוקף יכולה להיות כל דרך שאינה חוות דעת מומחה בלבד, לדוגמה בהתאם לחוות דעת של עובד סוציאלי במסגרת בה אתה שוהה, בהתאם להחלטת קרובים או שילוב של חוות דעת והחלטת קרוב. בכל מקרה, לא ניתן לקבוע כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף על פי החלטתו של מיופה הכוח בלבד.

ה. עניינים המחייבים הסמכה מפורשת (רשות)

ברצוני להסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים האלה שבהם נדרשת הסמכה מפורשת:

- מתן הסמכה לבדיקה פסיכיאטרית, לטיפול פסיכיאטרי או לאשפוז, והכול בבית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, או לשחרור מאשפוז כאמור, וזאת כל עוד איני מתנגד לביצוע הפעולה כאמור במועד שבה התבקשה ההסמכה לבצעה⁸.
- מתן הסמכה לבדיקה פסיכיאטרית, לטיפול פסיכיאטרי או לאשפוז, והכול בבית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 או לשחרור מאשפוז כאמור, וזאת גם אם במועד שבו התבקשה ההסמכה אתנגד לבדיקה, לטיפול או לאשפוז כאמור⁹. אישור תת סעיף זה מותנה בחתימה בפני פסיכיאטר על נספח א' המצורף לטופס זה¹⁰ וצירופו לייפוי הכוח המתמשך¹¹.

ו. פקיעת 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 (חובה).
- נוסף על כך, אני קובע כי ייפוי הכוח יפקע אם יתקיימו תנאים אלה (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 (רשות).
- ידוע לי כי אם לא אפקיד את ייפוי הכוח אצל האפוטרופוס הכללי, הוא יעמוד בתוקפו למשך שנה אחת בלבד (חובה).

ז. דיווח לאדם מיודע על החלטות ופעולות של מיופה הכוח לאחר כניסת ייפוי הכוח לתוקף (רשות)

- ברצוני לקבוע אדם אחד או יותר שיהיה על מיופה הכוח לדווח לו על החלטות או פעולות בענייני לאחר כניסת ייפוי הכוח המתמשך לתוקף בנושאים ובמועדים כפי שיפורט:

פרטי האדם המיודע¹²:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר תעודת זהות ישראלית _____

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

ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____ מספר ת.ד. _____

מיקוד _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

טלפון נייד _____

⁸ בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(א) לחוק.

⁹ בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(ב) לחוק.

¹⁰ בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(ג) לחוק.

¹¹ הסכמת מיופה הכוח במקרה של התנגדות כאמור לא תהיה תקפה לאשפוז העולה על 48 שעות, או אם באותה העת הממנה יהיה מסוגל לתת הסמכה מדעת.

¹² מיופה כוח בייפוי כוח מתמשך זה לא יוכל לשמש במקביל כמיודע.

הדיווח ייעשה בנושאים אלה: _____

הדיווח ייעשה במועדים אלה: _____

ברצוני כי יועבר העתק מייפוי הכוח לאדם המיודע (יש לבחור את אחת האפשרויות): כן (מומלץ) / לא.

ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוטרופוס הכללי: _____

ה. מסירת מידע על ייפוי הכוח המתמשך לקרובי משפחה ומטפלים¹³

בהתאם לברירת המחדל בחוק¹⁴, קרובי משפחה רשאים לפנות לאפוטרופוס הכללי לאחר כניסת ייפוי הכוח לתוקף לטובת קבלת מידע אודות הפקדת ייפוי הכוח, זהות מיופיי הכוח וזהות האדם המיודע ועל סוגי העניינים לגביהם ניתן ייפוי הכוח. אני מעוניין כי מידע כאמור יועבר (יש לבחור את אחת מן האפשרויות הבאות):

לכלל קרובי משפחתי

לקרובי המשפחה הבאים בלבד:

סוג הקרבה _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר תעודת זהות ישראלית (ככל שידוע) _____ דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית): _____

מספר דרכון _____ ארץ הנפקת דרכון _____

לאף אחד מקרובי משפחתי

המידע לא יימסר בנושאים האלה (רשות): _____

מסירת מידע לגורמי טיפול

אני מסכים למסור עותק מייפוי כוח זה או לאפשר עיון בו, לכל מטפל כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 לשם טיפול בי (יש לבחור אחת מן האפשרויות הבאות) – כן/ לא.

ט. חתימות (חובה)

חתימת הממנה

אני החתום מטה מאשר כי אני מבין 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.

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 רכושיים, כגון ניהול חשבונות בנק או קבלת קצבאות או לעניינים אישיים שאינם רפואיים, כגון החלטה על מקום המגורים.

מינוי מיופה כוח להפקדת ייפוי הכוח הרפואי אצל האפוטרופוס הכללי (רשות – רק אם הממנה אינו מפקיד את ייפוי הכוח בעצמו)

אני מסמיך את _____ מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו _____

¹³ קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

¹⁴ סעיף 32(חב) לחוק.

שמלאו לו 18 שנה, להפקיד באופן אישי בשמי ובמקומי את ייפוי הכוח הזה, במשרדי האפוטרופוס הכללי.

יום _____ חודש _____ שנה _____

חתימת הממנה

שם משפחה

שם פרטי

חתימת בעל המקצוע¹⁵ שבפניו חתם הממנה

אני מצהיר כי ביום _____ חתם בפניי הממנה _____

לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו _____ ונוכחתי כי הוא בגיר.

1. מצאתי כי הממנה **(יש לסמן את אחת מן האפשרויות הבאות)** –

אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה.

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

2. נוכחתי לדעת כי הממנה מבין את משמעות ייפוי הכוח, מטרותיו, את האפשרות לכלול בו הנחיות מקדימות, ואת האפשרות להפקידו באמצעות אחר אצל האפוטרופוס הכללי, 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.

3. אני מצהיר שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

באתי על החתום -

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מקצוע **(נא לסמן בעיגול)**: רופא / פסיכולוג / אח

מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין; מספר רישיון _____ מספר טלפון נייד _____

יום _____ חודש _____ שנה _____

חתימת בעל מקצוע _____ חותמת _____

הסכמת והצהרת מיופה הכוח¹⁶

אני החתום מטה מצהיר בזאת כדלקמן:

אני מסכים לשמש מיופה כוח של:

מספר זהות/דרכון

שם משפחה

שם פרטי

אני מבין את משמעות ייפוי הכוח, האחריות והסמכויות לפיו.

אני עומד בתנאי הכשירות לשמש מיופה כוח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.

ידוע לי שכדי שייפוי הכוח ייכנס לתוקפו עלי למסור הצהרה לאפוטרופוס הכללי.

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

בכתובת דואר: ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

ת"ד _____ מיקוד _____

בכתובת דואר אלקטרוני _____

¹⁵ ממנה רשאי לערוך ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים: רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

¹⁶ מיופה הכוח אינו חייב לחתום במעמד חתימת הממנה.

□ בטלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים)

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

אין למלא!!!

□ אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____

□ במסרון לטלפון הנייד שמספרו: _____

יום _____ לחודש _____ בשנת _____

חתימת מיופה הכוח

שם משפחה

שם פרטי

חתימת בעל מקצוע¹⁷ שבפניו חתם מיופה הכוח

אני מצהיר כי ביום _____ חתם בפניי מיופה הכוח _____

לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו _____

באתי על החתום -

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מקצוע (נא לסמן בעיגול): רופא / פסיכולוג / אח

מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין; מספר רישיון _____ מספר טלפון נייד _____

יום _____ חודש _____ שנה _____

חתימת בעל מקצוע _____ חותמת _____

¹⁷ מיופה הכוח יכול לחתום על ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים: רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

נספח א'

הסכמה מיוחדת לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז והכל בבית חולים
כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

כאמור לפי סעיף 132(ג)(2) לחוק

(חובה לצרף רק אם ניתנה הסמכה מפורשת לפעולות פסיכיאטריות בניגוד לרצון הממנה)

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה שלהלן ואת תוצאותיה – אני מבקש להורות
שמיופה הכוח יהיה מוסמך לתת הסכמה בשמי לעניינים המפורטים להלן, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו
אתנגד לבדיקה, לטיפול, לאשפוז או לשחרור והכל בבית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 –

בדיקה פסיכיאטרית

טיפול פסיכיאטרי

אשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור

אישור רופא מומחה בפסיכיאטרייה

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי הממנה

לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו _____ ונוכחתי כי הוא בגיר.

מצאתי כי הממנה –

אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה.

הינו אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על יפוי הכוח:

הסברתי לממנה את משמעות הסמכתו של מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, טיפול, אשפוז או שחרור מאשפוז
והכל בבית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, 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.

יום _____ חודש _____ שנה _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' רישיון _____

חתימת _____ בעל מקצוע _____ חותמת _____