

תנאים לאישור טופס

1. יש לצרף לכל טופס צילום ת.ז. וספח.

- טופס שיתקבל במרכז להנחיות רפואיות ללא צילום ת.ז. יוחזר לשולח ללא טיפול
- לא ניתן להפקיד טופס עם מספר דרכון במאגר המידע

2. בחירת מיופי כוח

- עמ' 1 - יש לסמן את בחירתך אופן הפעלת מיופה הכוח
- עמ' 2 - יש למלא שמות מיופי כוח נוספים בהתאם להחלטתך

3. חתימות

- חתימת נותן י'פוי הכוח תיחתם במעמד שני עדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים, אחים). העדים בחתימתם עדים לכך שנותן י'פוי הכוח צלול ובהכרה מלאה בעת מילוי הטופס.
 - אופן הכרות עדים - על העדים לסמן את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.
 - חתימת העדים - על העדים לחתום על הטופס במעמד חתימת מייפה הכוח, באותו מעמד ותאריך.
 - טופס עם חתימות בתאריכים שונים של העדים ומייפה הכוח, ו \ או מילוי נתונים חלקיים, יוחזר לשולח ללא טיפול.
4. במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, רצוי למלא טופס מתורגם, או לצרף אישור מוסמך של מתרגם ההסברים וההוראות שבטופס.

כתובת למשלוח הטפסים המקוריים בלבד, בדואר רשום בלבד:

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות, משרד הבריאות

רח' ירמיהו 39

ירושלים 9446724

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר'

ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות לפי חוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42) – נוסח מקוצר (חלופה א'+ב)

הטופס כתוב בלשון זכר אך מיועד לשני המינים.

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יוגדר כחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות.

הטופס אינו מיועד למילוי על ידי חולים שבעת מילוי הטופס הוגדרו כ"חולים הנוטים למות".

חובה לצרף צילום ת.ז. וספח של נותן ייפוי הכוח לטופס זה

לפני מילוי הטופס, חשוב לקרוא בעיון ולפעול לפי הכתוב בהנחיות למילוי הטופס

אני החתום מטה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ מספר דרכון רק אם אין תעודת

זהות ישראלית: _____ מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מען כולל מיקוד: _____ שנת לידה: _____

מספר טלפון נייד: _____ דואר אלקטרוני: _____

אני בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח, ולצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן כי מצבי הרפואי הנוכחי הוא שלא נקבע לגבי על ידי רופא אחראי שאני חולה נוטה למות, נותן בזה ייפוי כוח למנוי/ים להלן:

ייפוי כוח:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ מספר דרכון רק אם אין תעודת זהות

ישראלית: _____ מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מספר טלפון נייד: _____ דואר אלקטרוני: _____

שהוא מעל גיל 17 ושלא ידוע לי שהוכרז פסול דין, על מנת שיפעל בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות בשלב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעל בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה.

(רשות) במידה וברצונך למנות מיופי כוח נוספים מעבר למיופה הכוח הראשון, יש

לציין אם ישמשו כמיופי כוח (נא לסמן את בחירתך):

ביחד או לחוד

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר'

ככל שבחרת באפשרות לחוד (סמן את בחירתך)

מיופה הכח הנוסף יכנס לתפקידו רק אם מיופה הכוח הקודם לא יוכל לשמש בתפקידו.

לכל מיופה כוח סמכות חלופית משלו.

מיופי כוח נוספים

1. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ מספר דרכון רק אם אין תעודת זהות

ישראלית: _____ מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מספר טלפון נייד: _____

2. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ מספר דרכון רק אם אין תעודת זהות

ישראלית: _____ מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מספר טלפון נייד: _____

3. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ מספר דרכון רק אם אין תעודת זהות

ישראלית: _____ מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מספר טלפון נייד: _____

4. שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ מספר דרכון רק אם אין תעודת זהות

ישראלית: _____ מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מספר טלפון נייד: _____

א. ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקפו, רק אם ייקבע לגביי שאני חולה הנוטה למות ולאחר

הוצאתי מחזקת היותי כשר, ושאני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

ב. ידוע לי שאם ייקבע לגביי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, לא

ייכנס ייפוי הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.

ג. ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי

שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן השינוי או הביטול יוגש בכתב.

• לביטול טופס - בהגשת טופס ביטול שבתוספת הרביעית

• לשינוי טופס - בהגשת טופס ביטול שבתוספת הרביעית, ושליחת טופס ייפוי כוח

חדש

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר'

- ד. (רשות) ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים, או עד ליום _____
(ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ייפוי הכוח)
- ה. ידוע לי ואני מעוניין שייפוי כוח זה יהיה נגיש במערכת ממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי כדי שיוכל למלא את רצונתי באמצעות מיופה הכוח.
- ו. לפי החוק, אם אהיה חולה נוטה למות ולא אהיה כשיר לקבל החלטות, ניתן יהיה להימנע מטיפול בי רק אם אסבול "סבל משמעותי". סבל משמעותי מוגדר בחוק ככאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו.
- נוסף, עבורי, סבל משמעותי הוא גם כל אחד מהמצבים המפורטים להלן:

- ז. הנחיות רפואיות מקדימות: לשם הבהרה, במצב שאוגדר כחולה הנוטה למות, ו \ או חולה נוטה למות במצב סופי ולא אהיה כשיר לקבל החלטות, אני מבקש בזאת (ניתן לסמן את 2 הבחירות)

להימנע מכל סוג של החייאה

להימנע מהתחלה של כל סוג של הנשמה מלאכותית

או

- לתת לי טיפול חריג מאריך חיים גם כאשר לדעת המטפלים אין לו הצדקה בנסיבות העניין, ולא לקבל כל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.
- ח. מיופה כוחי יוכל לקבל כל החלטה הנוגעת לטיפול הרפואי בי, כולל טיפול מאריך חיים, בין אם מדובר בהסכמה או בסירוב ובהימנעות מהטיפול המוצע, והכל במגבלות החוק, ובכפוף לאמור בסעיף קטן ז'.
- ט. למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי במצב בו אוגדר כ"חולה נוטה למות" ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש.
- י. התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות \ מסמכים אחרים (נא סמן את בחירתך)
- בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות בסעיף קטן ז' או בטופס אחר.

כן לא

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר'

ככל שסימנת כן, במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה (בסעיף קטן ז' או בטופס אחר), לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר: (נא סמן את בחירתך)

ההנחיה הרפואית המקדימה או הוראות מיופה הכוח

חתימת נותן ייפוי הכוח

יש לחתום בפני שני עדים – באותו זמן

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

תאריך: _____ חתימה: _____

חתימת העדים (שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם נותן ייפוי הכוח)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך (נא סמן בחירתך)

מוכר לנו אישית

או

הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה,

חתם על המסמך בנוכחותי ובנוכחות העד השני, והוא נראה בעיני ערני מדבר לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו של החתום ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם המסמך.

עד 1:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר ת.ז. 9 ספרות: _____ כתובת בית או משרד: _____

טל. נייד: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

עד 2:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר ת.ז. 9 ספרות: _____ כתובת בית או משרד: _____

טל. נייד: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר'

חתימת מיופי הכוח (מומלץ):

רצוי לעודד שיחה בין נותן ייפוי הכוח לבין מיופה הכוח, כדי שמיופה הכוח יוכל לייצג את העדפותיו לטיפול בסוף החיים בעת הצורך בפני הרופא האחראי.

1. שם פרטי ושם משפחה: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

2. שם פרטי ושם משפחה: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

3. שם פרטי ושם משפחה: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

4. שם פרטי ושם משפחה: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

5. שם פרטי ושם משפחה: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר'

<p align="center">טופס זה מיועד למי שאינו מוגדר בסטטוס "חולה נוטה למות"</p>	<p align="center">הנחיות למילוי טופס ייפוי כוח מקוצר</p>
<p align="center">הנחיות למילוי</p>	<p align="center">עמוד</p>
<p>יש למלא פרטים אישיים מלאים של ממלא הטופס כולל כתובת Email ופרטים אישיים של מיופה הכוח</p>	<p>עמוד 1 - פרטי נותן ההנחיה + פרטי מיופה הכוח</p>
<p>סימון בחירת אופן הפעלת מיופה הכוח יש למלא פרטים אישיים של מיופי הכוח נוספים שנבחרו סעיפים א-ג הנם לשם קבלת מידע.</p>	<p>עמודים 1 - 2 – בחירת אופן הפעלת מיופה הכוח פרטי מיופי כוח נוספים (במידה ומעוניין) ניתן לבחור מיופה כוח נוסף אחד או יותר סעיפים א-ג</p>
<p>סעיף ד' אינו חובה למלא, אלא אם ברצונך לציין טווח קצר מחמש שנים לתוקף הטופס. סעיף ו' - אין חובה למלא מהו סבל משמעותי סעיף ז' - מומלץ לסמן בחירתך סעיף י' - במידה וניתן גם טופס הנחיות רפואיות מקדימות (של חוק החולה הנוטה למות) בנוסף לייפוי כוח מקוצר, חובה לסמן את בחירתך.</p>	<p>עמוד 3 – סעיפים ד' – י' התייחסות להגדרה מהו סבל משמעותי</p>
<p>יש לסמן את בחירת ההנחיה הגוברת. חתימת נותן ייפוי הכוח צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה. החתימות יחתמו במעמד שני העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות. על נותן ייפוי הכוח ושני העדים לחתום באותו מעמד ואותו תאריך. יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, מספר ת.ז. וטלפון</p>	<p>עמוד 4 - המשך סעיף י' חתימות</p>
<p>חתימת מיופי הכוח הנה רשות ואינה מחייבת, אך רצוי לעודד שיחה בין נותן ייפוי הכוח לבין מיופה הכוח, כדי שמיופה הכוח יוכל לייצג את העדפותיו לטיפול בסוף החיים</p>	<p>עמוד 5 - חתימת מיופי הכוח (מומלץ):</p>
<p>יש להקפיד לצרף צילום ת.ז. וספח</p>	<p>עם שליחת הטופס למשרד הבריאות</p>