

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

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
 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
 - החתימה תיחתם במעמד 2 עדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים, אחים) העדים בחתימתם עדים לכך שנותן ההנחיה צלול ובהכרה מלאה בעת מילוי הטופס.
 - אופן הכרות עדים - על העדים לסמן את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.
 - חתימת העדים - על נותן ההנחיה לחתום על הטופס יחד עם שני העדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה באותו מעמד ותאריך.
- טופס עם חתימות בתאריכים שונים של העדים וממלא הטופס, ונתונים חלקיים, יוחזר לשולח ללא טיפול.
- במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, יש 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 רפואי 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 מיפופה 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 לחולים שבזמן 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 ת.ז. 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 ת.ז. ישראלית: _____

מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מען כולל מיקוד: _____

שנת לידה: _____ 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

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

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.

במידה וברצונך למנות מיופי כוח נוספים מעבר למיופה הכוח הראשון (רשות), יש לציין אם ישמשו כמיופי כוח:

ביחד או לחוד (נא לסמן את בחירתך)

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

• שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____

מספר דרכון רק אם אין ת.ז. ישראלית: _____

מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מען כולל מיקוד: _____

שנת לידה: _____ מספר טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

• שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____

מספר דרכון רק אם אין ת.ז. ישראלית: _____

מהי ארץ הנפקת דרכון זר: _____

מען כולל מיקוד: _____

שנת לידה: _____ מספר טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

• שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____

מספר דרכון וארץ הנפקת דרכון זר, רק אם אין ת.ז. ישראלית: _____

מען כולל מיקוד: _____

שנת לידה: _____ מספר טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

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

1. 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.
2. (ב) ידוע לי שאם ייקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, לא ייכנס ייפוי הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.
3. (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
4. 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)
5. ידוע לי ואני מעוניין שייפוי כוח זה יהיה נגיש במערכת ממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי כדי שיוכל למלא את רצונותיי באמצעות מיופה הכוח.
6. 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.

בנוסף, עבורי, סבל משמעותי הוא גם כל אחד מהמצבים המפורטים להלן:

7. הנחיות רפואיות מקדימות: לשם ההבהרה, במצב שאוגדר כחולה הנוטה למות, ולא חולה נוטה למות במצב סופי ולא אהיה כשיר לקבל החלטות, אני מבקש/ת בזאת: (ניתן לסמן את כל הבחירות)

להימנע מכל סוג של החייאה

להימנע מהתחלה של כל סוג של הנשמה מלאכותית

להימנע מכל סוג של הזנה מלאכותית **או**

לתת לי טיפול רפואי חריג מאריך חיים, גם כאשר לדעת המטפלים אין לו הצדקה בנסיבות העניין, ולא לקבל כל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

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

8. 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'.
9. למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי במצב בו אוגדר כ"חולה הנוטה למות" ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש.
10. התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות / מסמכים אחרים (סמן את בחירתך)
- בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות בסעיף קטן ז' או בטופס אחר במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה (בסעיף קטן ז' או בטופס אחר), לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר :
- ההנחיה רפואית המקדימה
- הוראות מיופה הכוח
-

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

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 ההנחיות)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך

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: ניתן לחלופין לספק את כתובת המשרד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית/משרד: _____

עד 2:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר ת.ז. 9 ספרות: _____

כתובת: ניתן לחלופין לספק את כתובת המשרד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית/משרד: _____

'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 העדפותיו לטיפול בסוף החיים בעת הצורך בפני הרופא האחראי.

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר ת.ז 9 ספרות: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית/משרד: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר ת.ז 9 ספרות: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית/משרד: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר ת.ז 9 ספרות: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית/משרד: _____

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי:

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר ת.ז 9 ספרות: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית/משרד: _____

<p align="center">הנחיות למילוי טופס ייפוי כוח מקוצר</p>	<p>טופס זה מיועד למי <u>שאינו</u> מוגדר בסטטוס "חולה נוטה למות"</p>
<p align="center">יש למלא</p>	<p align="center">עמוד</p>
<p>יש למלא פרטים אישיים מלאים של ממלא הטופס פרטים אישיים של מיופה הכוח סימון בחירת אופן הפעלת מיופה הכוח</p>	<p>עמוד 1 - פרטי נותן ההנחיה + פרטי מיופה הכוח בחירת אופן הפעלת מיופה הכוח</p>
<p>יש למלא פרטים אישיים מלאים של מיופי הכוח נוספים שנבחרו סעיפים א-ד הנם לשם קבלת מידע. סעיף ד' אינו חובה למלא, אלא אם ברצונך לציין טווח קצר מחמש שנים לתוקף הטופס</p>	<p>עמוד 2 - פרטי מיופי כוח נוספים (במידה ומעוניין) ניתן לבחור מיופה כוח נוסף אחד או יותר</p>
<p>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 בחירתו.</p>	<p>עמוד 3- התייחסות להגדרה מהו סבל משמעותי ומילוי הנחיות רפואיות מקדימות</p>
<p>חתימת נותן ההנחיה צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה החתימות יחתמו במעמד 2 העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות. על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד ואותו תאריך.</p>	<p>עמוד 4 - חתימות</p>

הנחיות למילוי טופס ייפוי כוח מקוצר	טופס זה מיועד למי <u>שאינו</u> מוגדר בסטטוס "חולה נוטה למות"
יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, מספר ת.ז. וטלפון.	
חתימת מיופי הכוח הנה רשות ואינה מחייבת	עמוד 5 – חתימת מיופי הכוח
יש להקפיד לצרף צילום ת.ז. וספח	עם שליחת הטופס למשרד הבריאות