

טופס ד' (תקנה 3 (א))

ייפוי כוח רפואי מתמשך – למספר מיופי כוח

(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 (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 _____
מספר טלפון _____
כתובת דוא"ל (חובה) _____
מקום מגורים קבוע: ארץ _____ כתובת _____

ב. פרטי מיופי הכוח¹

מיופה כוח ראשון (חובה)

שם פרטי _____ שם משפחה _____
מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____
מספר דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית) _____ ארץ הנפקת דרכון זר _____
מספר טלפון _____
כתובת דוא"ל (חובה) _____
מקום מגורים קבוע: ארץ _____ כתובת _____

אני הממנה מצהיר כי בין מיופה כוח זה לביני יש קרבה משפחתית²: כן / לא. סוג קרבה _____

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

איש מקצוע (פרט את המקצוע) _____ מספר רישיון _____

¹ במקרה של יותר ממיופה כוח אחד יש למלא את הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד, וכמו כן לציין (מופיע בהמשך) לגבי כל מיופה כוח האם הוא:

(א) מיופה כוח מחליף (מיופה כוח שיבוא במקומו של מיופה הכוח שמונה, אם מינויו יפקע) - אג -

(ב) מיופה כוח משותף (מספר מיופי כוח אשר יפעלו יחד). מומלץ להגדיר את אופן פעולתם של מיופי הכוח במשותף בהמשך הטופס (ביחד ולחוד או תוך הסכמה משותפת – ברירת המחדל בחוק).

² קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

יש לסמן רק אם מיופה הכוח נבחר בשל היותו איש מקצוע

קרבה אחרת (חבר, מכר, אחר) _____

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

בכל העניינים הרפואיים

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה³: _____

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. אם הממנה אינו מעוניין להסמך את מיופה הכוח בעניינים הנוגעים לבדיקה, טיפול ומידע פסיכיאטרי **בלל**, יכתוב באפשרות זאת: למעט כל טיפול, בדיקה, אישפוז, מידע פסיכיאטרי מכל סוג שהוא ובכל רשות או מוסד כלשהם.

בעניינים הרפואיים האלה⁴: _____

מיופה כוח שני (חובה)

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____

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

מספר דרכון זר _____

כתובת דוא"ל (חובה) _____

אני הממנה מצהיר כי בין מיופה כוח זה לבני יש קרבה משפחתית⁴: כן / לא. סוג קרבה _____

אני הממנה מצהיר כי בין מיופה כוח זה לבני 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 הממנה מייפה את כוחו של מיופה כוח זה לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה (נא לסמן את אחת האפשרויות):

³ ניתן לציין עניינים רפואיים מסוימים דוגמת: ניתוח, דיאליזה, טיפול כימותרפי, טיפול אגב בעיה רפואית מסוימת דוגמת טיפולים במחלת הסוכרת או טיפולים במהלך אשפוז מסוים.

⁴ קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

בכל העניינים הרפואיים

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה⁵: _____

בהיעדר הוראה אחרת, ייפוי הכוח הרפואי יסמיך 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. אם הממנה אינו מעוניין להסמיך את מיופה הכוח בעניינים הנוגעים לבדיקה, טיפול ומידע פסיכיאטרי **כלל**, יכתוב באפשרות זאת: למעט כל טיפול, בדיקה, אשפוז, מידע פסיכיאטרי מכל סוג שהוא ובכל רשות או מוסד כלשהם.

בעניינים הרפואיים האלה⁴: _____

מיופה כוח שלישי (רשות)

שם פרטי _____ שם משפחה _____
מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____
מספר דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית) _____ ארץ הנפקת דרכון זר _____
מספר טלפון _____
כתובת דוא"ל (חובה) _____

אני הממנה מצהיר כי בין מיופה כוח זה לבני יש קרבה משפחתית⁶: כן / לא. סוג קרבה _____

אני הממנה מצהיר כי בין מיופה כוח זה לבני 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 הממנה מייפה את כוחו של מיופה כוח זה לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה/נא לסמן את אחת האפשרויות):

בכל העניינים הרפואיים

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה⁷: _____

בהיעדר הוראה אחרת, ייפוי הכוח הרפואי יסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים הנוגעים לבדיקה או טיפול פסיכיאטרי **בקהילה** וכן **לקבלת מידע** בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לפי חוק

⁵ ניתן לציין עניינים רפואיים מסוימים דוגמת: ניתוח, דיאליזה, טיפול כימותרפי, טיפול אגב בעיה רפואית מסוימת דוגמת טיפולים במחלת הסוכרת או טיפולים במהלך אשפוז מסוים.

⁶ קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

⁷ ניתן לציין עניינים רפואיים מסוימים דוגמת: ניתוח, דיאליזה, טיפול כימותרפי, טיפול אגב בעיה רפואית מסוימת דוגמת טיפולים במחלת הסוכרת או טיפולים במהלך אשפוז מסוים.

טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991. אם הממנה אינו מעוניין להסמיך את מיופה הכוח בעניינים הנוגעים לבדיקה, טיפול ומידע פסיכיאטרי בלל, יכתוב באפשרות זאת: למעט כל טיפול, בדיקה, אישפוז, מידע פסיכיאטרי מכל סוג שהוא ובכל רשות או מוסד כלשהם.

□ בעניינים הרפואיים האלה⁴: _____

אם יש יותר משלושה מיופיי כוח, ניתן לצלם את הדף ולהוסיף את פרטי מיופה הכוח הנוסף.

היחסים בין מיופי הכוח

חובה לסמן את אחת האפשרויות הבאות:

□ במשותף – יש צורך בהסכמת כל מיופי הכוח לכל פעולה

□ ביחד ולחוד – כל אחד ממיופי הכוח רשאי לפעול בעצמו

□ מיופה כוח יכנס לתפקידו רק לאחר שמיופה כוח אחר סיים את תפקידו – יש לציין מי מיופה הכוח הראשי ומי מיופה הכוח המחליף ומה סדר כניסתם לתפקידם _____

□ הסדר אחר – פרט: _____

אם לא יסומן דבר בסעיף זה פרוש הדבר שכל מיופי הכוח יפעלו במשותף בלבד

ה. כניסת ייפוי הכוח לתוקף

הנחיות בעניין אופן כניסת ייפוי הכוח לתוקף

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להיות מסוגל להבין בדבר¹² 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 בחוק¹³.

אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי איני מסוגל להבין בדבר בענייני הרפואיים (כולם או חלקם)¹⁴:

מידע/ים

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 _____

מספר טלפון _____

כתובת דוא"ל _____

מקום מגורים קבוע: ארץ _____ כתובת _____

¹² "מסוגל להבין בדבר" – מי שמסוגל להבין בעניין מסוים ולקבל החלטות בקשר אליו (סעיף 32א לחוק).

¹³ סעיף 32ג(ג) לחוק.

¹⁴ 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.

ו. 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 המיודע¹⁵:

שם פרטי _____ שם משפחה _____
מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) _____
מספר דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית) _____ ארץ הנפקת דרכון זר _____
מספר טלפון _____
כתובת דוא"ל _____
הדיווח ייעשה בנושאים אלה: _____
הדיווח ייעשה במועדים אלה: _____

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

ז. מסירת מידע על ייפוי הכוח המתמשך לקרובי משפחה ומטפלים¹⁶

בהתאם לברירת המחדל בחוק¹⁷, 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 _____

לא יימסר לקרובים האלה _____

לאף אחד מקרובי משפחתי.

המידע לא יימסר בנושאים האלה (רשות): _____

¹⁵ מיופה כוח בייפוי כוח מתמשך זה לא יוכל לשמש במקביל כמיודע.

¹⁶ קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

¹⁷ סעיף 32(ב) לחוק.

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

ח. 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).

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.

יום _____ חודש _____ שנה _____

הממנה: שם פרטי _____ שם משפחה _____ חתימת הממנה _____

חתימת בעל המקצוע¹⁸ 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 האפוסטרופוס 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.

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 _____

¹⁸ ממנה רשאי לערוך ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים: רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

2. מיופה כוח שני:

אני מצהיר בזאת כי אני מסכים לשמש מיופה כוח של הממנה

יום _____ חודש _____ שנה _____

מיופה הכוח : שם פרטי _____ שם משפחה _____ חתימת מיופה הכוח _____

חתימת בעל מקצוע²¹ שבפניו חתם מיופה הכוח השני

אני מצהיר כי ביום _____ חתם בפניי מיופה הכוח _____
לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו _____ ונוכחתי כי הוא בגיר.
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 _____

3. מיופה כוח שלישי:

אני מצהיר בזאת כי אני מסכים לשמש מיופה כוח של הממנה

יום _____ חודש _____ שנה _____

מיופה הכוח : שם פרטי _____ שם משפחה _____ חתימת מיופה הכוח _____

חתימת בעל מקצוע²² שבפניו חתם מיופה הכוח השלישי

אני מצהיר כי ביום _____ חתם בפניי מיופה הכוח _____
לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו _____ ונוכחתי כי הוא בגיר.

²¹ מיופה הכוח יכול לחתום על ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים : רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

²² מיופה הכוח יכול לחתום על ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים : רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

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 המקצוע _____ חותמת _____

אם יש יותר משלושה מיופי כוח, יש לצרף את חתימותיהם והצהרותיהם של מיופי הכוח הנוספים ואת אימות החתימה בידי בעל המקצוע

נספח א'
הסכמה מיוחדת לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז כאמור
לפי סעיף 32(ג)(2) לחוק

אני הממנה ביפוי כוח מתמשך
לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה הבאה ותוצאותיה – אני מבקשת/להורות שמיופה הכוח
יהיה מוסמך לתת בשמי הסכמה לעניינים המפורטים להלן, גם אם במועד שבו תבקש הסכמתו אתנגד לבדיקה, לטיפול, לאשפוז
או לשחרור:

- בדיקה פסיכיאטרית
 טיפול פסיכיאטרי
 אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז פסיכיאטרי

חתימת הממנה

שם _____
מספר זהות _____
תאריך _____

אישור רופא מומחה בפסיכיאטריה

- אני מצהיר/ה כי
1. ביום _____ חתם בפני הממנה _____ מספר מזהה _____
 2. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל, ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא/היא בגיר/ה
 3. מצאתי כי הממנה:
 אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה
 הוא אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על יפוי הכוח
 4. הסברתי לממנה את משמעות הסמכתו 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

תאריך _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____
מספר רשיון _____ מספר מומחה _____
מספר זהות _____
או _____
מספר דרכון _____ ארץ הנפקת הדרכון _____
חתימה _____ חותמת _____