

טופס ד' (תקנה 3 (א))

ייפוי כוח רפואי מתמשך – למיופה כוח יחיד¹

(לפי סעיף 32טו לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, 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 מיופה הכוח (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 _____

(יש לסמן רק אם מיופה הכוח נבחר בשל היותו איש מקצוע)

קרבה אחרת (חבר, מכר, אחר) _____

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

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

ד. עניינים המחייבים הסמכה מפורשת (רשות)

ברצוני להסמיד 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 לבצעה⁴.
- 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 כאמור⁵. אישור תת סעיף זה מותנה בחתימה בפני פסיכיאטר על נספח א' המצורף לטופס זה⁶ וצירופו לייפוי הכוח המתמשך⁷.

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 בדבר⁸ 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 בחוק⁹.
 - אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי איני מסוגל להבין בדבר בענייני הרפואיים (כולם או חלקם)¹⁰:

⁴ בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(א) לחוק.

⁵ בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(ב) לחוק.

⁶ בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(ג) לחוק.

⁷ 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.

⁸ "מסוגל להבין בדבר" – מי שמסוגל להבין בעניין מסוים ולקבל החלטות בקשר אליו (סעיף 32 לחוק).

⁹ סעיף 32(ג) לחוק.

¹⁰ 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.

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 _____

ו. דיווח לאדם מיוזע 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 המיוזע¹¹:

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 המיוזע (יש לבחור את אחת האפשרויות): כן (מומלץ) / לא

¹¹ מיופה כוח בייפוי כוח מתמשך זה לא יוכל לשמש במקביל כמיוזע.

ז. מסירת מידע על ייפוי הכוח המתמשך לקרובי משפחה ומטפלים¹²

בהתאם לברירת המחדל בחוק¹³, 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

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).

¹² קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

¹³ סעיף 32(ב) לחוק.

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 רכשיים, 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 המקצוע¹⁴ 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.

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 _____

¹⁴ ממנה רשאי לערוך ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים : רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

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

אני (שם הממנה) _____ מסמיך את _____ מספר תעודת זהות/דרכון _____ שמלאו לו 18 שנה, להפקיד באופן אישי בשמי ובמקומי את ייפוי הכוח הזה, במשרדי האפוסטרופוס הכללי.

יום _____ חודש _____ שנה _____

חתימת הממנה

שם משפחה

שם פרטי

הסכמת והצהרת מיופה הכוח¹⁵

אני מצהיר בזאת כי אני מסכים לשמש מיופה כוח של הממנה

יום _____ חודש _____ שנה _____

חתימת מיופה הכוח

שם משפחה

מיופה הכוח : שם פרטי

חתימת בעל מקצוע¹⁶ שבפניו חתם מיופה הכוח

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 _____

¹⁵ מיופה הכוח אינו חייב לחתום במעמד חתימת הממנה.

¹⁶ 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 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 _____