	נוהל ארגוני	
	תחום: עבודה סוציאלית	מספר הנוהל: 01-031
	נושא: כשירות	תאריך אישור: מרץ 2024
	שם נוהל: מינוי מקבל החלטות זמני לפי חוק זכויות החולה, תשנ"ו- 1996	תאריך עדכון:
		דף 1 מתוך **14** דפים

1 מטרה

מטרת הנוהל היא להסדיר את תהליך המינוי של בן משפחה ע"י עובד/ת סוציאלי/ת לתפקיד מקבל החלטות זמני לצורך קבלת החלטות בעניינים רפואיים עבור מטופל/ת שאינו כשיר להבין בענייניו הרפואיים, וזאת בהתאם להוראות תיקון מס' 16 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו- 1996 (להלן: "החוק").

עקרונות והנחיות ביצוע



כללי / רקע	מונחים והגדרות	אחריות וסמכות	סימוכין	אישור הנוהל	נספחים

התרשים בעמוד לעיל מהווה תוכן עניינים גרפי וניתן ללחוץ על כל צורה ולהגיע לפרק המתאים

תוכן העניינים

הנושא	עמוד
1. כללי / רקע	3
עקרונות לביצוע:	
2. הגדרת מקבל החלטות זמני ותפקידיו	3
3. תנאים למינוי מקבל החלטות זמני	4
4. חובות העובד/ת הסוציאלי/ת	5
5. ניהול מצבים מיוחדים	6-7
6. תהליך בקרה על יישום הנוהל	7
7. מונחים והגדרות	7
8. אחריות וסמכות	8
9. סימוכין	8
10. כתיבה ואישור נהלים	8
11. נספחים (פירוט בפרק הנספחים)	9-16

2 כללי/רקע

מטרת הנוהל היא להסדיר את תהליך המינוי של בן משפחה ע"י עובד/ת סוציאלי/ת לתפקיד מקבל החלטות זמני לצורך קבלת החלטות בעניינים רפואיים עבור מטופל/ת שאינו כשיר להבין בעניינו הרפואיים, וזאת בהתאם לחוק.

התהליך נועד להקל על בני משפחה ולחסוך מהם את התהליך המכביד, רגשית ופיזית, של מינוי אפוטרופוס לגופו של מטופל.

חזרה

עקרונות ביצוע

3 שם פרק- הגדרת מקבל החלטות זמני ותפקידיו

3.1 מקבל החלטות זמני הוא בן משפחה מדרגת קרבה שהוגדרה בחוק, אשר מונה ע"י עובד/ת סוציאלי/ת כדי לקבל החלטות בעניינים רפואיים של מטופל/ת, שאינו כשיר לקבלת החלטות רפואיות בעצמו. מקבל החלטות זמני מהווה חלופה לאפוטרופוס לגוף עבור מטופל שאינו כשיר לקבלת החלטות רפואיות בעצמו.

המינוי תקף ל-6 חודשים ממועד חתימתו ע"י העובד/ת הסוציאלי/ת וגורם הנהלה מאשר.

3.2 מקבל החלטות זמני מוסמך:

3.2.1 לקבל מידע רפואי על המטופל/ת.

3.2.2 לקבל החלטות עבור המטופל/ת בעניינים רפואיים.

3.2.3 לחתום על הסכמה מדעת לטיפול רפואי במטופל/ת, לרבות לניתוחים ופעולות פולשניות.

חזרה

4 שם פרק- תנאים למינוי מקבל החלטות זמני

4.1 מינוי מקבל החלטות זמני למטופל/ת כפוף לקביעה של רופא מומחה, בחוות דעת רפואית או תעודת רופא, בנוסח המצורף לנוהל **כנספח א'**, כי התקיימו במטופל/ת התנאים הבאים:

4.1.1 הוא אינו מסוגל לקבל החלטות בענינים רפואיים או לתת הסכמה מדעת, והטיפול הנדרש אינו אשפוז פסיכיאטרי.

4.1.2 הוא נזקק לטיפול רפואי שיש דחיפות לתת אותו מנימוקים רפואיים.

4.2 אף אם מונה למטופל/ת מקבל החלטות זמני, יש לברר לפני מתן הטיפול אם חל שינוי בכשירותו של המטופל, ובמידה וכן, לקבל הסכמתו לטיפול.

4.3 באחריות הרופא לציין במכתב השחרור את מצב כשירותו המעודכן של המטופל/ת. במידה ומחלתו הנוכחית היא הסיבה לאי כשירותו, יש לציין זאת במכתב השחרור.

חזרה

5 שם פרק- חובות העובד/ת הסוציאלי/ת

5.1 הסמכות ליישם תהליך זה תינתן לעובד/ת סוציאלי/ת שהוסמך/ה ע"י מנהלת השירות הסוציאלי למנות מקבל החלטות זמני.

5.2 על העובד/ת הסוציאלי/ת ליישם את התהליך רק במידה והמטופל/ת זקוק לטיפול רפואי ואינו מסוגל להבין בענייניו הרפואיים בהתאם לחוות דעת רופא מומחה/ תעודת רופא.

5.3 למטופל שנמצא במצב חירום רפואי, דהיינו, בסכנה מידית לחייו או לנכות חמורה בלתי הפיכה אם לא יקבל טיפול באופן מידי- ניתן לתת טיפול בחתימת 3 רופאים על "טופס פעולה דחופה".

טיפול שאינו מצוין בתוספת לחוק, דהיינו: כירורגיה זעירה, טיפול תרופתי וכיוב' - ניתן לתת בהתקיים התנאים המצטברים שלהלן: א. מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו לטיפול ב. לא ידועה התנגדות שלו או של נציגו החוקי לטיפול ג. לא ניתן לקבל הסכמת הנציג החוקי של המטופל. טיפולים שכלולים בתוספת לחוק: **ניתוחים למעט כירורגיה זעירה, צנתור כלי דם, דיאליזה, כימותרפיה, רדיותרפיה, הפריה חוץ גופית.**

5.4 על העובד/ת הסוציאלי/ת לערוך בירור מול משפחתו של המטופל/ת לקבלת מידע אם למטופל/ת יש אפוטרופוס, יפוי כוח או שקבע הנחיות מקדימות והפקיד אותן כנדרש בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב- 1962 (להלן: "חוק הכשרות"). במידה ולא- ייבחר המועמד לתפקיד מקבל החלטות זמני לפי המדרג שלהלן: **בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים** או לחילופין, מועמד המוסכם על כל בני המשפחה מדרגות הקרבה הללו ובלבד שההסכמה ניתנה ע"י בני משפחה מאותו המדרג והמדרג שלפניו.

5.5 על העובד/ת הסוציאלי/ת לבחון את התאמתו של המועמד לתפקיד על סמך הערכה פסיכוסוציאלית כמקובל ובמידה ומתרשם/ת שיפעל לטובת המטופל/ת.

5.6 על העובד/ת הסוציאלי/ת לוודא שלא קיימת התנגדות של המטופל/ת ומי מבני המשפחה למינוי המועמד לתפקיד מקבל החלטות זמני. אין צורך לוודא הסכמת בני משפחה (אלא מאותו מדרג) כשמקבל ההחלטות הזמני נבחר בהתאם למדרג החוקי.

5.7 במידה וישנם מספר מועמדים לתפקיד, על העובד/ת הסוציאלי/ת לברר מהו אופן קבלת ההחלטות המוסכם ביניהם- ביחד או ביחד ולחוד, ולציינו בהחלטתו/ה.

5.8 על העובד/ת הסוציאלי/ת לקיים שיחת הסבר עם המועמד המוסכם לגבי עקרונות הפעולה המחייבים אותו בתפקיד.

5.9 על העובד/ת הסוציאלי/ת להחתים את המועמד המוסכם על "הצהרת מקבל החלטות זמני"- **נספח ב'**.

5.10 על העובד/ת הסוציאלי/ת לחתום על "אישור למינוי מקבל החלטות זמני" ולציין את תאריך המינוי וסיום תוקפו (בחלוף 6 חודשים מתאריך חתימת המינוי)- **נספח ג'**.

מנהל ביה"ח או מי שהוסמך לכך על ידו יאשר בחתימתו את המינוי.

5.11 העובד/ת הסוציאלי/ת תמסור למקבל ההחלטות הזמני עותק חתום של האישור נספח ג'.

5.12 על העובד/ת הסוציאלי/ת לתעד את התהליך שבוצע ברשומה הרפואית של המטופל/ת.

5.13 הצהרת מקבל החלטות זמני (נספח ב') ואישור עו"ס למקבל החלטות זמני (נספח ג') יישמרו ברשומת המטופל.

5.14 מצורפת רשימת תיוג המסכמת את שלבי התהליך ברמת העובד/ת הסוציאלי/ת- **נספח ד'.**

6 שם פרק- ניהול מצבים מיוחדים

להלן טבלה המרכזת סיטואציות חריגות והצעות לפתרונן:

המקרה	הצעת פתרון
קיימת התנגדות של המטופל/ בן משפחה למינוי מקבל ההחלטות הזמני והוא <u>מודיע</u> שבכוונתו לפנות לבית המשפט	מונה מקבל החלטות זמני- השהית ההפעלה ל-24 שעות לא מונה- השהית המינוי ל- 24 שעות
קיימת התנגדות של המטופל/ בן משפחה למינוי מקבל ההחלטות הזמני והוא <u>הגיש בקשה</u> לבית המשפט	מונה מקבל החלטות זמני- ביטול המינוי לא מונה- אין למנות!
למטופל יש יפוי כוח רפואי/ מתמשך שטרם הופעל או הנחיות מקדימות	מקבל ההחלטות הזמני יהיה מי שהמטופל מינה בהנחיות המקדימות או ביפוי הכוח לענייניו הרפואיים, במידה ויפוי הכח הופעל לאחר מינוי מקבל ההחלטות- <u>המינוי של מקבל ההחלטות הזמני בטל</u>
המועמד שמסכים להתמנות אינו מדרגת הקרבה הגבוהה ביותר	נדרשת הסכמת בני המשפחה מדרגת הקרבה הגבוהה ביותר והסכמת בני המשפחה מדרגת הקרבה של המועמד לתפקיד
המועמד מדרגת הקרבה הגבוהה ביותר אינו מסכים למינוי	יש להתקדם לדרגת הקרבה הבאה
ישנם מס' בני משפחה שמבקשים להתמנות	עליהם להסכים ביניהם על אופן קבלת ההחלטות: ביחד או לחוד
חלק ממקבלי ההחלטות אינם מסכימים לטיפול הרפואי	להפנות אותם לביהמ"ש ולהשהות הפעלת המינוי ל-24 שעות
המטופל מתנגד לטיפול רפואי שמקבל ההחלטות הסכים לו	יש לפעול בהתאם לס' 167 לחוק הכשרות: פנייה לועדת אתיקה או לביהמ"ש
עו"ס מתרשם/ת שהמועמד מדרגת הקרבה הגבוהה ביותר אינו מתאים לתפקיד	יש להציג לבני המשפחה את ההתרשמות ולבקש הסכמתם למינוי מועמד אחר
עו"ס מתרשם/ת <u>שכל</u> המועמדים לתפקיד אינם מתאימים/ לא יפעלו לטובת המטופל/ת	במידה ואין מועמדים מתאימים, יש להציג לבני המשפחה את ההתרשמות ולפעול למינוי אפוטרופוס חיצוני
<u>לאחר</u> המינוי עו"ס מתרשם/ת שמקבל ההחלטות אינו פועל לטובת המטופל/ת	יש לפנות לב"כ היועמ"ש
לאחר המינוי, המטופל/ת מסוגל להביע דעתו בענייניו הרפואיים	יש לקבל הסכמתו של המטופל/ת לטיפול הרפואי ואין צורך לפנות למקבל ההחלטות הזמני. חובה לתעד ברשומה את השינוי שחל במצב המטופל/ת, המאפשר קבלת הסכמתו.
המטופל/ת עירין או שבני משפחתו אינם מדרגת הקרבה שצוינה בחוק	יש לפעול למינוי אפוטרופוס חיצוני

המטופל/ת נמצא במצב חירום רפואי ואינו מסוגל לתת הסכמתו לטיפול. **<u>מצב חירום רפואי:</u> נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף**	ניתן לתת טיפול באישור 3 רופאים וחתימתם על טופס פעולה דחופה בהתאם לס' 15(3) לחוק זכויות החולה
המטופל זקוק לטיפול <u>שאינו</u> מנוי בתוספת לחוק. **<u>טיפול המנוי בתוספת:</u> ניתוחים למעט כירורגיה זעירה, צנתור כלי דם, דיאליזה, כימותרפיה, רדיותרפיה, הפריה חוץ גופית.**	ניתן לתת טיפול שאינו בתוספת לחוק בהתאם לס' 15(1) לחוק המחייב קיומם של תנאים מצטברים : מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו לטיפול, לא ידועה התנגדות שלו או של נציגו החוקי לטיפול, לא ניתן לקבל הסכמת הנציג החוקי של המטופל.

חזרה

7 תהליך בקרה על יישום הנוהל

בקרה מדגמית על לפחות 5 מקרים בחודש שתתבצע ע"י בקרת רשומה בידי מנהלת השירות הסוציאלי או מי שתסמיך לכך.

חזרה

8 מונחים והגדרות

מונח	הגדרה
יפוי כוח רפואי	יפוי כוח לעניינים רפואיים שנעשה בהתאם לחוק הכשרות ונחתם בפני בעל מקצוע
יפוי כוח מתמשך	יפוי כוח הכולל התייחסות לעניינים רפואיים, שנעשה והופקד בהתאם לחוק הכשרות
הנחיות מקדימות	מסמך הנחיות מקדימות שקבע המטופל/ת בנוגע לאפוטרופוס שימונה לו בעתיד, ואשר הופקד לפי הוראות חוק הכשרות
אפוטרופוס לגוף	כהגדרתו בחוק הכשרות

חזרה

9 אחריות וסמכות

בעל תפקיד	אחריות וסמכות
מנהל המרכז הרפואי ת"א	הסמכת בעל תפקיד מטעמו למטרת יישום התיקון לחוק וחתימתו כגורם מאשר על אישור ע"ס למקבל החלטות זמני
סמנכ"ל איכות ובטיחות המטופל/ת	הסמכת מנהלת השירות הסוציאלי לתת הרשאה לעובדים סוציאליים ליישום התיקון לחוק וחתימתה כגורם מאשר על אישור ע"ס למקבל החלטות זמני
רופא מומחה	מתן חוות דעת כי המטופל/ת אינו מסוגל לדאוג לענייניו הרפואיים וכי הוא נזקק לטיפול רפואי
מנהלת השירות הסוציאלי	הרשאה והסמכה של עובדים סוציאליים ליישום התיקון לחוק
עובדים סוציאליים	יישום התהליך למינוי מקבל החלטות זמני עבור מטופל/ת בהתאם להוראות החוק

חזרה

10 סימוכין

תיקון מס' 16 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 מיום 17/1/24

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב- 1962

הנחית ראש חטיבת הרפואה מס' 12252988824 מיום 15/2/24

11 כתיבה ואישור הנוהל

פעולה	שם ותפקיד	תאריך
כתיבה	סיגל רביע, עו"ד סיון חבר- מנהלת השירות הסוציאלי	פברואר 2024
אישור	דר' חגית פדובה- סמנכ"ל איכות ובטיחות המטופל	מרץ 2024

חזרה

12 נספחים

מספר הסעיף	שם הנספח
4.1	תעודת רופא/ חוות דעת מומחה- **נספח א'**
5.9	הצהרת מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים- **נספח ב'**
5.10	אישור מקבל החלטות זמני לענייניים רפואיים- **נספח ג'**
5.14	רשימת תיוג לעובד/ת סוציאלי/ת- **נספח ד'**

נספח א'- תעודת רופא לצורך מינוי מקבל החלטות זמני

מדבקת המטופל/ת

שם הרופא/ה: _____ מס' רשיונו/ה: _____

מבית החולים איכילוב. אני החתום/ה מטה מעיד/ה ומאשר/ת בזאת כי ביום: _____

בדקתי את המטופל/ת שפרטיו במדבקה במחלקה _____, ומצאתי בו/בה את הממצאים הבאים:

_____
_____

הטיפול הרפואי הנדרש: _____
_____

התועלת בטיפול הרפואי: _____
_____

הסיכונים הכרוכים בטיפול: _____
_____
_____

האם התועלת בטיפול עולה על הסיכונים הכרוכים בו? ☐ כן ☐ לא

האם המטופל/ת אינו/ה מסוגל/ת לדאוג לענייניו/ה הרפואיים וזקוק/ה למינוי מקבל החלטות זמני?
_____

האם המטופל/ת מסוגל/ת מבחינת מצבו/ה להביע דעתו/ה בעניין מינוי מקבל החלטות זמני?
_____

במידה וכן, האם מסכים/ה למינוי המועמד/ת _____, קרבה למטופל/ת
_____

☐ **כן**
☐ **לא**

תעודה זו ניתנה על-ידי כחוות דעת מומחה לפי פקודת הראיות והריני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי היטב שלענין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

_____ _____
תאריך חתימה וחותמת של רופא מומחה

נספח ב' - הצהרת מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים

אני החתום/ה מטה _____ ת.ז. _____, אשר כתובתי _____ [רחוב; מס' בית; יישוב], המועמד/ת לשמש כמקבל החלטות זמני – לעניינים רפואיים עבור:
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
(להלן: "המטופל").
ואשר קרבתי למטופל: ☐ בן/בת זוג ☐ ילד/ה ☐ הורה ☐ אח/ות
מצהיר/ה בזאת, בהתאם לסעיף 14א(6) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996[1], כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לשמש מקבל החלטות זמני בשביל המטופל.
2. למיטב ידיעתי, למטופל לא מונה אפוטרופוס לענייניו הרפואיים, הוא לא הפקיד ייפוי כוח מתמשך לפי סעיף 32יז לחוק הכשרות המשפטית, התשכ"ב–1962 ואין בעניינו מסמך הנחיות מקדימות לפי סעיף 35א לאותו החוק.
3. [סמן/י את הנכונה מבין האפשרויות הבאות]:

☐ ניתנה הסכמת בני משפחתי[2], כי אשמש מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים, **לבדי**.

☐ ניתנה הסכמת בני משפחתי[2], כי אשמש מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים, **ביחד עם**:
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
קרבה למטופל: ☐ בן/ת זוג ☐ילד/ה ☐הורה ☐ אח/ות

☐ ניתנה הסכמת בני משפחתי[2], כי אשמש מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים, **ביחד ולחוד** עם:
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
קרבה למטופל: ☐בן/ת זוג ☐ ילד/ה ☐ הורה ☐אח/ות

_____ _____
שם מלא חתימה

_____ [תאריך עברי], (_____ [תאריך לועזי])

_____

[1] ס"ח התשפ"ד, עמ' 482.
[2] המנויים על פי סדר הקדימויות בסעיף 14(א)(6) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996.

נספח ג' - אישור מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים

מתוקף סמכותי לפי סעיף 14א(ב) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996[3], ולאחר שמצאתי כי התמלאו כל התנאים הקבועים בחוק;
אני מאשר/ת כי:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
קרבה למטופל: ☐ בן/בת זוג ☐ ילד/ה ☐ הורה ☐ אח/ות ☐ אחר[2] _____

- אם מאושר מקבל החלטות זמני נוסף:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
ת.ז. _____
קרבה למטופל: ☐ בן/בת זוג ☐ ילד/ה ☐ הורה ☐ אח/ות ☐ אחר[2] _____

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
ת.ז. _____
קרבה למטופל: ☐ בן/בת זוג ☐ ילד/ה ☐ הורה ☐ אח/ות ☐ אחר[2] _____

☐ ישמש לבדו מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים.
☐ ישמשו ביחד מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים.
☐ ישמשו ביחד ולחוד מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים.

עבור המטופל/ת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____

למשך שישה חודשים, החל מיום: _____ [תאריך עברי], _____ [תאריך לועזי]

שם העו"ס חתימה + חותמת

_____

[3] ס"ח התשפ"ד, עמ' 480.

[4] כאשר המטופל הפקיד ייפוי כוח מתמשך לפי סעיף 32יז לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב–1962, או פירט את זהות האפוטרופוס אשר ימונה עבורו לבקשתו, במסמך הנחיות מקדימות שנכתב לפי סעיף 35א לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב–1962, יטרם מונה עבורו אפוטרופוס בפועל.

<u>אישור מנהל המוסד הרפואי או מי שהסמיכו לכך</u>

_____	_____	_____
שם מלא	תפקיד	חתימה + חותמת

	נוהל ארגוני	
	תחום: עבודה סוציאלית	מספר הנוהל: 01-031
	נושא: כשירות	תאריך אישור: מרץ 2024
	שם נוהל: מינוי מקבל החלטות זמני לפי חוק זכויות החולה, תשנ"ו- 1996	תאריך עדכון:
		דף 14 מתוך **14** דפים

<u>נספח ד'- רשימת תיוג לעובד/ת הסוציאלי/ת</u>

- ☐ קיימת תעודת רופא חתומה לפיה המטופל זקוק לטיפול רפואי דחוף ואינו מסוגל להבין בענייניו הרפואיים
- ☐ נעשה בירור עם המטופל/ בני משפחה ונמצא שלמטופל
  - o אין אפוטרופוס לגוף/ מיופה כוח לענינים רפואיים/ הנחיות מקדימות
  - o יש אפוטרופוס לגוף/ מיופה כוח לענינים רפואיים/ הנחיות מקדימות
- ☐ דרגת הקרבה של בני המשפחה המועמדים לתפקיד מקבל החלטות זמני (לסמן את האפשרות המתאימה):
  - o בן/בת זוג/ ידוע/ה בציבור
  - ☐ **ב**מידה וידוע/ה בציבור, פרט האסמכתא שהוצגה _____
  - o ילדים, מס' _____
  - o הורים, מס' _____
  - o אחים, מס' _____
- ☐ דרגת הקרבה של המועמד לתפקיד מקבל החלטות זמני (לסמן את האפשרות המתאימה):
  - o בן/בת זוג
  - o ילדים, מס' _____
  - o הורים, מס' _____
  - o אחים, מס' _____
  - o מועמד מוסכם אחר שלא לפי סדר הקדימות המפורט לעיל _____
- ☐ במידה וקיימים מספר מועמדים, אופן קבלת ההחלטות המוסכם ביניהם הוא:
  - o ביחד
  - o לחוד
- ☐ בני המשפחה
  - o מסכימים למינוי המועמד/ים לתפקיד מקבל/י החלטה זמני/ים
  - o מתנגדים למינוי המועמד/ מועמדים לתפקיד, דרגת הקרבה של בני המשפחה המתנגדים
    - o בן/בת זוג
    - o ילדים, מס' _____
    - o הורים, מס' _____
    - o אחים, מס' _____
- ☐ המטופל
  - o מסכים למינוי המועמד/ים כמקבלי החלטה זמניים
  - o מתנגד למינוי המועמד/ים כמקבלי החלטה זמניים
  - o אינו מסוגל להביע דעתו
- ☐ התקיימה שיחה עם המועמד/ים המוסכם/ים והתרשמתי שמתאים/מתאימים לתפקיד
- ☐ הוסברו למקבל/י ההחלטות הזמני/ים עקרונות הפעולה המחייבים לפי חוק
- ☐ מקבל/י ההחלטה הזמני/ים חתם/חתמו על הצהרת מקבל החלטות זמני
- ☐ אישור מקבל החלטות זמני נחתם ע"י העובד/ת הסוציאלי/ת וגורם הנהלה ביום _____.