טופס ד'

# ייפוי כוח רפואי

(לפי סעיף 32טו לחוק וסעיף 16 לחוק זכויות החולה)
טופס זה מנוסח בלשון זכר אך הוא מיועד לנשים ולגברים כאחד

## פרטים מזהים של הממנה

אני החתום מטה (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות),
שם פרטי _____ שם משפחה _____
☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____
☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____
מקום מגורים קבוע: ארץ _____ יישוב _____

## פרטי התקשרות של הממנה

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:
* יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות.
☐ בכתובת דואר: ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____
ת"ד _____ מיקוד ת"ד _____
☐ דואר אלקטרוני: _____
☐ טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים): _____

לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:
☐ אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____
☐ במסרון לטלפון נייד שמספרו: _____

## פרטי מיופה הכוח

אני ממנה ומייפה את כוחו של (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות)
שם פרטי _____ שם משפחה _____
☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____
☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש קרבה משפחתית: כן סוג קרבה: _____ / לא

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש זיקה אחרת כדלקמן:
☐ איש מקצוע (פרט את המקצוע) _____, מספר רישיון _____ (יש לסמן רק אם מיופה הכוח נבחר בשל היותו איש מקצוע)
☐ קרבה אחרת (חבר, מכר, אחר): _____



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il

אני מייפה את מיופה כוחי לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה (נא לסמן את אחת האפשרויות):

☐ בכל העניינים הרפואיים

☐ בעניינים הרפואיים האלה: _____

☐ בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה: _____

במקרה של יותר ממיופה כוח אחד יש למלא את הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד וכן לציין אם הוא מיופה כוח בנוסף/במשותף/חלופי למיופה הכוח.



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il

# הנחיות מקדימות

## הנחיות בעניין כניסת ייפוי הכוח לתוקף

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים הרפואיים שבהם ניתן ייפוי הכוח.

☐ ידוע לי כי בהעדר הוראה מיוחדת הקביעה כי איני מסוגל להבין בדבר תהיה על פי חוות דעת מומחה לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962 (להלן - החוק).

☐ אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי אינני מסוגל להבין בעניינים אלה (כולם או חלקם) כדלקמן (סעיף רשות):

_____

(הערה: לא ניתן לקבוע כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף על פי החלטתו של מיופה הכוח בלבד).

☐ ברצוני לקבוע כי יהיה על מיופה הכוח ליידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הודעה לאפוטרופוס הכללי על כניסת ייפוי הכוח לתוקף.

## פרטי האדם שיש ליידע בדבר כניסה לתוקף

שם פרטי _____ שם משפחה _____

תפקיד/עיסוק (אם נוגע לעניין) _____

☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

טלפון _____ טלפון סלולרי _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

## הצהרות

☐ 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 מגורים.

## הנחיות מקדימות למיופה הכוח

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן: _____

(א) ידוע לי כי בהעדר הוראה אחרת ייפוי הכוח הרפואי יסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה וכן לקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לפי חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.

(ב) אני מבקש להורות כי מיופה הכוח לא יהיה מוסמך לקבל החלטות בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה ולקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il

**עניינים המחייבים הסמכה מפורשת**

☐ ברצוני להסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים האלה שבהם נדרשת הסמכה מפורשת (סעיף רשות):
_____

☐ ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסמכה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

**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 לקרוביי בכתב כי אינו מעוניין לשמש כמיופה כוח או בהתקיים התנאים הקבועים בסעיף 32כב לחוק.

☐ נוסף על כך, אני קובע כי ייפוי הכוח יפקע אם יתקיימו תנאים אלה (סעיף 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.

☐ ידוע לי כי אם לא אפקיד את ייפוי הכוח אצל האפוטרופוס הכללי, הוא יעמוד בתוקפו למשך שנה אחת בלבד.

**מיודעים ומסירת מידע**

ברצוני לקבוע אדם אחד או יותר שיהיה על מיופה הכוח לדווח לו על החלטות או פעולות בנושאים ובמועדים כפי שיפורט:

**פרטי האדם המיודע**

שם פרטי _____ שם משפחה _____

☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

טלפון _____ טלפון סלולרי _____

כתובת דואר אלקטרוני _____

יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

הדיווח ייעשה בנושאים האלה: _____

הדיווח ייעשה במועדים האלה: _____

☐ ברצוני כי לאדם המיועד יועבר העתק מייפוי הכוח.

☐ ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוטרופוס הכללי (סעיף רשות).

אני מסכים למסור עותק מייפוי כוח זה או לאפשר עיון בו, לכל מטפל כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996 לשם טיפול בי -

☐ כן ☐ לא

**מסירת מידע לקרובי משפחה[1]**

☐ ברצוני כי קרובי משפחתי המנויים בחוק יהיו זכאים למידע לפי החוק.

☐ ברצוני להגביל את מסירת המידע לקרובי משפחתי בהתאם לפירוט שלהלן:

**הגבלות על מסירת מידע לקרובי משפחה**

סוג הקרבה _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

המידע לא יימסר בנושאים האלה: _____

[1] קרוב משפחה - אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ר' הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il

## חתימות

**חתימת הממנה**

אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי אני מבין/ה 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.

יום _____ חודש _____ שנה _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימת הממנה _____

**הסכמת והצהרת מיופה הכוח**

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה/ת כוח של: שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר זהות/דרכון _____

אני מבין/ה את משמעות ייפוי הכוח, האחריות והסמכויות לפיו.

אני עומד/ת בתנאי הכשירות לשמש מיופה/ת כוח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.

ידוע לי שכדי שייפוי הכוח ייכנס לתוקפו עלי למסור הצהרה לאפוטרופוס הכללי.

אני מבקש/ת לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

*יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות.

☐ בכתובת דואר: ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

ת"ד _____ מיקוד ת"ד _____

☐ דואר אלקטרוני: _____

☐ טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים): _____

לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:

☐ אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____

☐ במסרון לטלפון נייד שמספרו: _____

יום _____ חודש _____ בשנת _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימת מיופה הכוח _____



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il

**חתימת עו"ד/בעל מקצוע שבפניו חתם מיופה הכוח**

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי מיופה הכוח _____ מספר מזהה _____
באתי על החתום
שם פרטי _____ שם משפחה _____
☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____
☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

תפקיד: עו"ד/רופא מורשה/עובד סוציאלי/פסיכולוג/אח/אחות מס' רישיון: _____
חתימת עו"ד/בעל מקצוע _____ חותמת _____

**חתימת בעל המקצוע שבפניו חתם הממנה**

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי הממנה _____ מספר מזהה _____

1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.
2. מצאתי כי הממנה -
   ☐ אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה
   ☐ אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ייפוי הכוח: _____
3. נוכחתי לדעת כי הממנה מבין את משמעות ייפוי הכוח, מטרותיו ואת האפשרות לכלול בו הנחיות מקדימות, 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.
4. אני מצהיר/ה שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

באתי על החתום
יום _____ חודש _____ שנה _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____
☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____
☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

תפקיד: עו"ד/רופא מורשה/עובד סוציאלי/פסיכולוג/אח/אחות מס' רישיון: _____
חתימת בעל מקצוע _____ חותמת _____



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il

## { נספח א' }

**הסכמה מיוחדת לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז כאמור לפי סעיף 32ו(ג)(2) לחוק**

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה שלהלן ואת תוצאותיה - אני מבקש להורות שמיופה הכוח יהיה מוסמך לתת הסכמה בשמי לעניינים המפורטים כאן, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו אתנגד לבדיקה, לטיפול, לאשפוז או לשחרור -

☐ בדיקה פסיכיאטרית
☐ טיפול פסיכיאטרי
☐ אשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור

יום _____ חודש _____ שנה _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____

חתימת הממנה _____

**אישור רופא מומחה בפסיכיאטרייה**

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי הממנה _____ מספר מזהה _____

1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.
2. מצאתי כי הממנה -
   ☐ אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה
   ☐ אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ייפוי הכוח: _____
3. 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

יום _____ חודש _____ שנה _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' רישיון: _____
☐ מס' תעודת זהות ישראלית _____
☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

חתימה _____ חותמת _____



רח' ויצמן 6, תל-אביב 6423906 | טל': 03-6974000, פקס: 03-6973740
6 weizmann St. Tel Aviv, 6423906, Israel | Tel: +972-3-6974000, Fax: +972-3-6973740
אתר: Hospital Site: www.tasmc.org.il