

ייפוי כוח
למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי
לפי חוק זכויות החולה (ס' 16)
וחוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42)

אני החתום מטה (שם ומשפחה): _____

ת.ז. _____ מען: _____

טלפון/ נייד: _____

דואר אלקטרוני (לא חובה): _____

מצהיר כי אני מעל גיל 18, לא הוכרזתי כפסול דין.

אני נותן בזה ייפוי כוח לעניין הטיפול הרפואי בי - לפי הוראות חוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות ל :

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

מען _____ טלפון: _____

שהוא מעל גיל 18 ושלא ידוע לי שהוכרז פסול דין, על מנת שיפעל בשמי לקבלת מידע רפואי לשם מתן הסכמה או סירוב לטיפול רפואי וסיעודי בי, כולל אשפוז רפואי וסיעודי ולקבלת החלטות הקשורות גם לסוף החיים, ולייצוגי מול כל גורם שידון בטיפול בי ויהיה רשאי להסכים למסור מידע אודותיי לכל גורם נחוץ.

ייפוי כוח זה ניתן למקרה שאהיה זקוק לטיפול רפואי אך לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת.

אם לא יוכל האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי או יסרב לכך, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את:

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

מען _____ טלפון: _____

ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף רק אם ייקבע לגבי כי אינני כשיר וכן כי דרוש לי טיפול רפואי ו/או אני חולה הנוטה למות, לפי העניין.

ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאינני כשיר. אופן הביטול יהיה בהודעה למיופה הכוח או למטפלים בי על ביטולו, או במתן ייפוי כוח חדש. אם אעביר ייפוי כוח זה להפקדה במרכז להנחיות רפואיות מקדימות של משרד הבריאות, ידוע לי כי עלי לשלוח הודעת ביטול גם למרכז זה.

ידוע לי שייפוי כוח זה יהיה נגיש במערכת ממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי כדי שיוכל למלא את רצונתי באמצעות מיופה הכוח, אלא אם ביקשתי אחרת להלן:

אני מבקש שייפוי כוח זה **לא** יהיה נגיש במערכת הממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי.

ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא **לחמש** שנים מיום חתימתו או עד לתאריך _____ (המוקדם שבהם).

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 חיו או בתוחלת חיו. בנוסף, עבורי, סבל משמעותי הוא גם כל אחד מהמצבים המפורטים להלן:

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.

למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש.

אני פוטר בזה מאחריות לתוצאות השימוש בייפוי הכוח את מיופה כוחי ואת כל מי שיפעל על סמך ייפוי כוח זה, ובלבד שפעלו בתום לב וכחוק.

התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות (יש לסמן X במשבצות המתאימות)

- בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות.
- במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר
- ההנחיה רפואית המקדימה
- הוראות מיופה הכוח

חתימת נותן ייפוי הכוח יש לחתום בפני שני עדים

(אם נותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית יש לציין שם מלא ומס' ת"ז מ' שטרנס עבורו את ההסכרים וההוראות שבאופס)

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 הצדדים צריכים לחתום כאותו מצאד עם נותן ההנחיות)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך מוכר לנו אישית ו/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 ומשפחה _____ ת.ז. _____
טלפון _____ חתימה _____ תאריך _____

עד 2: שם ומשפחה _____ ת.ז. _____
טלפון _____ חתימה _____ תאריך _____