



ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי לפי חוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42) – נוסח מקוצר (חלופה א'+ב')

הטופס כתוב בלשון זכר אך מיועד לשני המינים.

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יוגדר כחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות.

הטופס אינו מיועד לחולים שבזמן מילוי הטופס הוגדרו כ"חולים הנוטים למות".

אני החתום מטה –

שם פרטי:										שם משפחה:										מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):									
ארץ הנפקת דרכון זר:										מספר דרכון זר:										מספר תעודת זהות ישראלית (רק אם אין תעודת זהות ישראלית)									
שנת לידה:																													
מען:										ארץ:										רחוב:									
מספר ברחוב:										מספר בניסה:										מספר דירה:									
מספר ת"ד:										מיקוד:										מיקוד ת"ד:									
מספר טלפון נייד*:										מספר טלפון נייד*:										מספר טלפון נייד*:									
דואר אלקטרוני*:										דואר אלקטרוני*:										דואר אלקטרוני*:									

* לא חובה

אני בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח, ולצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן כי מצבי הרפואי הנוכחי הוא **שלא נקבע לגבי על ידי רופא אחראי שאני חולה נוטה למות**, נותן בזה ייפוי כוח למנוי/ים להלן:

שם פרטי:										שם משפחה:										מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):									
ארץ הנפקת דרכון זר:										מספר דרכון זר:										מספר תעודת זהות ישראלית (רק אם אין תעודת זהות ישראלית)									
מען:										ארץ:										רחוב:									
מספר ברחוב:										מספר בניסה:										מספר דירה:									
מספר ת"ד:										מיקוד:										מיקוד ת"ד:									
מספר טלפון נייד*:										מספר טלפון נייד*:										מספר טלפון נייד*:									
דואר אלקטרוני*:										דואר אלקטרוני*:										דואר אלקטרוני*:									

* לא חובה

שהוא מעל גיל 17 ושלא ידוע לי שהוכרז פסול דין, על מנת שיפעל בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות בשלב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעל בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה.



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

										שם פרטי:		שם משפחה:		מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):			
										מספר דרכון זר:		(רק אם אין תעודת זהות ישראלית) ארץ הנפקת דרכון זר:					
										מען:							
										ארץ:		ישוב:		רחוב:			
										מספר ברחוב:		מספר כניסה:		מספר דירה:		מיקוד:	
										מספר ת"ד:		מיקוד ת"ד:					
										מספר טלפון נייד*:							
										דואר אלקטרוני*:							

* לא חובה

- (א) ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקפו, רק אם ייקבע לגביי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.
- (ב) ידוע לי שאם ייקבע לגביי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, לא ייכנס ייפוי הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.
- (ג) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגביי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה במתן ייפוי כוח חדש, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.
- (ד) ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים, או עד ליום _____ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ייפוי הכוח).
- (ה) ידוע לי ואני מעוניין שייפוי כוח זה יהיה נגיש במערכת ממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי כדי שיוכל למלא את רצונותי 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.
- (ו) 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 חייו או בתוחלת חייו. בנוסף, עבורי, סבל משמעותי הוא גם כל אחד מהמצבים המפורטים להלן:
-
- (ז) לשם ההבהרה, במצב שאוגדר כחולה הנוטה למות **בשלב הסופי**, ואו במצב סופני **מיידי** ולא אהיה כשיר/ה לקבל החלטות, אני מבקשות בזאת להימנע מ:
- כל סוג של החייאה
- התחלה של כל סוג של הנשמה מלאכותית
- כל סוג של הזנה מלאכותית
- (ח) 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.
- (ט) **למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי במצב בו אוגדר כ"חולה הנוטה למות" ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש.**



(י) התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות / מסמכים אחרים (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 – באותו זמן
(אם נותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית - יש לציין שם מלא ומס' ת"ז של מי שתרגם עבורו את ההסברים וההוראות שבטופס)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

תאריך _____ חתימה _____

פרטי מתורגמן (אם יש):

									שם פרטי:	שם משפחה:	מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):
									תאריך:	חתימה:	

חתימת העדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד 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.

ע 1 : 1

									שם פרטי:	שם משפחה:	מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):
									רק אם אין תעודת זהות ישראלית) ארץ הנפקת דרכון זר:		
									מספר דרכון זר:		
									מען:		
									ארץ:		
									ישוב:		
									רחוב:		
									מספר ברחוב:	מספר כניסה:	מספר דירה:
									מיקוד:		
									מספר טלפון:		
									דואר אלקטרוני (לא חובה):		
									תאריך:		
									חתימה (לבעל מקצוע: גם חותמת):		



עד 2 :

										שם פרטי:		שם משפחה:		מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):	
										מספר דרכון זר:		<small>(רק אם אין תעודת זהות ישראלית)</small> ארץ הנפקת דרכון זר:			
מען:															
רחוב:						ישוב:									
										מספר ברחוב:		מספר כניסה:		מספר דירה:	
										מספר טלפון:		דואר אלקטרוני (לא חובה):			
										תאריך:		חתימה (לבעל מקצוע, גם חותמת):			

חתימת מיופי הכוח (מומלץ):

רצוי לעודד שיחה בין נותן ייפוי הכוח לבין מיופה הכוח ,

כדי שמיופה הכוח יוכל לייצג העדפותיו לטיפול בסוף החיים בעת הצורך בפני הרופא האחראי.

										שם פרטי:		שם משפחה:		מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):	
										מספר דרכון זר:		<small>(רק אם אין תעודת זהות ישראלית)</small> ארץ הנפקת דרכון זר:			
										תאריך:		חתימה:			

במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי :

										שם פרטי:		שם משפחה:		מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות):	
										מספר דרכון זר:		<small>(רק אם אין תעודת זהות ישראלית)</small> ארץ הנפקת דרכון זר:			
										תאריך:		חתימה:			



לפני שאת/ה שולח/ת...

כדי למנוע טעויות שכיחות במילוי טופס ייפוי כוח (מקוצר), ולחסוך התכתבויות מיותרות לתיקון הליקויים, אנא בדוק את כל הבאים טרם משלוח הטופס.

<ul style="list-style-type: none"> • עמ' 1 • חובה עליך לציין כתובת מגורים עדכנית <u>בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין</u>. • הנך רשאי לציין גם כתובת נוספת למשלוח דואר. 	
<ul style="list-style-type: none"> • עמ' 1-2 • יש למלא שם מיופה הכוח, מס' זהות שלו וכתובתו המעודכנת בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין ולהוסיף מס' טלפון. 	
<ul style="list-style-type: none"> • עמ' 3 <input type="checkbox"/> • במידה והנך ממלא גם הנחיות רפואיות מקדימות: • עליך לסמן זאת ולשלוח אלינו גם את טופס ההנחיות הרפואיות. • עליך לסמן במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית לבין ייפוי כוח, איזה הוראה תגבר. 	
<ul style="list-style-type: none"> • עמ' 3-4 <input type="checkbox"/> • עליך לחתום ולהחתיים שני עדים, <u>שאינם</u> קרובי משפחה מדרגה ראשונה. העדים ואתה תחתמו באותו מעמד-<u>באותו תאריך!</u> • עד אינו רשאי לשמש גם כמיופה כוח (וההיפך). 	
<ul style="list-style-type: none"> • יש לצרף צילום ברור של ת.ז. כולל ספח. 	
<ul style="list-style-type: none"> • יש לשלוח את הטופס <u>המקורי</u> (ולא צילום) <u>בדואר רשום</u> לכתובת: המרכז להנחיות רפואיות מקדימות משרד הבריאות רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724 	