

## ייפוי כוח רפואי מתמשך – למיופה כוח יחיד<sup>1</sup>

(לפי סעיף 32טו לחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות, 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

#### פרטים מזהים של 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 \_\_\_\_\_

שנת לידה \_\_\_\_\_

מקום מגורים קבוע: ארץ \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

#### פרטי התקשרות של הממנה (חובה)

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוסטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה (יש למלא את כל הפרטים מטה ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות מהאפוסטרופוס הכללי)<sup>2</sup>:

כתובת למשלוח דואר: ארץ \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_

מספר \_\_\_\_\_ כניסה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ ת"ד \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ דואר \_\_\_\_\_ אלקטרוני \_\_\_\_\_

מסרון לטלפון נייד שמספרו (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים) \_\_\_\_\_

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

אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: \_\_\_\_\_

במסרון לטלפון הנייד שמספרו: \_\_\_\_\_

### ב. פרטי מיופה הכוח (חובה)

אני ממנה ומייפה את כוח/כוחם של (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות):

1. שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות ישראלית (9 ספרות) \_\_\_\_\_

מספר דרכון זר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית) \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון זר \_\_\_\_\_

אני מצהיר כי בין מיופה כוח זה לביני יש קרבה משפחתית<sup>3</sup>: לא /כן. סוג קרבה \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> קיים טופס ייעודי למינני של יותר ממיופה כוח אחד (עד שלושה מיופי כוח).

<sup>2</sup> שהיא הדרך המועדפת לממנה.

<sup>3</sup> קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

אני 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) \_\_\_\_\_

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

בכל העניינים הרפואיים

\* בהיעדר הוראה אחרת, ייפוי הכוח הרפואי יסמך את מיופה הכוח גם בעניינים הנוגעים לבדיקה או טיפול פסיכיאטרי בקהילה וכן לקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לפי חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991.

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

בעניינים הרפואיים האלה<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

### ג. כניסת ייפוי הכוח לתוקף

#### הנחיות בעניין אופן כניסת ייפוי הכוח לתוקף

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להיות מסוגל להבין בדבר<sup>5</sup> 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 בחוק<sup>6</sup>.

אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי איני מסוגל להבין בדבר בענייני הרפואיים (כולם או חלקם)<sup>7</sup>: \_\_\_\_\_

ברצוני לקבוע כי **בטרם** ימסור מיופה הכוח הודעה לאפוסטרופוס 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 \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

יישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_

#### ד. הנחיות מקדימות למיופה הכוח (רשות)

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן:

<sup>4</sup> ניתן לציין עניינים רפואיים מסוימים דוגמת: ניתוח, דיאליזה, טיפול כימותרפי, טיפול אגב בעיה רפואית מסוימת דוגמת טיפולים במחלת הסוכרת או טיפולים במהלך אשפוז מסוים.

<sup>5</sup> "מסוגל להבין בדבר" – מי שמסוגל להבין בעניין מסוים ולקבל החלטות בקשר אליו (סעיף 32א לחוק).

<sup>6</sup> סעיף 32(ג) לחוק.

<sup>7</sup> 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.

## ה. עניינים המחייבים הסמכה מפורשת (רשות)

ברצוני להסמיך 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 לבצעה<sup>8</sup>.
- 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 כאמור<sup>9</sup>. אישור תת סעיף זה מותנה בחתימה בפני פסיכיאטר על נספח א' המצורף לטופס זה<sup>10</sup> וצירופו לייפוי הכוח המתמשך<sup>11</sup>.

## ו. 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).

## ז. דיווח לאדם מיודע 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 המיודע<sup>12</sup>:

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_

ארץ \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ מספר ת.ד. \_\_\_\_\_

מיקוד \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

טלפון נייד \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(א) לחוק.

<sup>9</sup> בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(ב) לחוק.

<sup>10</sup> בהתאם להוראות סעיף 132(ג)(2)(ג) לחוק.

<sup>11</sup> הסכמת מיופה הכוח במקרה של התנגדות כאמור לא תהיה תקפה לאשפוז העולה על 48 שעות, או אם באותה העת הממנה יהיה מסוגל לתת הסכמה מדעת.

<sup>12</sup> מיופה כוח בייפוי כוח מתמשך זה לא יוכל לשמש במקביל כמיודע.

הדיווח ייעשה בנושאים אלה: \_\_\_\_\_

הדיווח ייעשה במועדים אלה: \_\_\_\_\_

ברצוני כי יועבר העתק מייפוי הכוח לאדם המיודע (יש לבחור את אחת האפשרויות): כן (מומלץ) / לא.

ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוטרופוס הכללי: \_\_\_\_\_

### ה. מסירת מידע על ייפוי הכוח המתמשך לקרובי משפחה ומטפלים<sup>13</sup>

בהתאם לברירת המחדל בחוק<sup>14</sup>, 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.

### 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 רכושיים, כגון ניהול חשבונות בנק או קבלת קצבאות או לעניינים אישיים שאינם רפואיים, כגון החלטה על מקום המגורים.

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

אני מסמיך את \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו \_\_\_\_\_

<sup>13</sup> קרוב משפחה – בן זוג, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ראו הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

<sup>14</sup> סעיף 32(חב) לחוק.

שמלאו לו 18 שנה, להפקיד באופן אישי בשמי ובמקומי את ייפוי הכוח הזה, במשרדי האפוטרופוס הכללי.

יום \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

חתימת הממנה

שם משפחה

שם פרטי

### חתימת בעל המקצוע<sup>15</sup> 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.

3. אני מצהיר שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

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 \_\_\_\_\_

### הסכמת והצהרת מיופה הכוח<sup>16</sup>

אני החתום מטה מצהיר בזאת כדלקמן:

אני מסכים לשמש מיופה כוח של:

מספר זהות/דרכון

שם משפחה

שם פרטי

אני מבין את משמעות ייפוי הכוח, האחריות והסמכויות לפיו.

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

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

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה **(יש למלא את כל הפרטים מטה ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות)**:

בכתובת דואר: ארץ \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_

ת"ד \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

בכתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

<sup>15</sup> ממנה רשאי לערוך ייפוי כוח רפואי מול כל אחד מבעלי המקצוע הבאים: רופא / פסיכולוג / אח מוסמך / עובד סוציאלי / עורך דין.

<sup>16</sup> מיופה הכוח אינו חייב לחתום במעמד חתימת הממנה.

□ בטלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים)

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

**אין למלא!!!**

□ אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו: \_\_\_\_\_

□ במסרון לטלפון הנייד שמספרו: \_\_\_\_\_

יום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ בשנת \_\_\_\_\_

חתימת מיופה הכוח

שם משפחה

שם פרטי

חתימת בעל מקצוע<sup>17</sup> שבפניו חתם מיופה הכוח

אני מצהיר כי ביום \_\_\_\_\_ חתם בפניי מיופה הכוח \_\_\_\_\_

לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

<sup>17</sup> 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 והכל בבית חולים  
כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

כאמור לפי סעיף 132(ג)(2) לחוק

**(חובה לצרף רק אם ניתנה הסמכה מפורשת לפעולות פסיכיאטריות בניגוד לרצון הממנה)**

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה שלהלן ואת תוצאותיה – אני מבקש להורות  
שמיופה הכוח יהיה מוסמך לתת הסכמה בשמי לעניינים המפורטים להלן, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו  
אתנגד לבדיקה, לטיפול, לאשפוז או לשחרור והכל בבית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 –

בדיקה פסיכיאטרית

טיפול פסיכיאטרי

אשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור

### אישור רופא מומחה בפסיכיאטרייה

אני מצהיר/ה כי ביום \_\_\_\_\_ חתם בפניי הממנה

לאחר שזיהיתי אותו לפי מספר תעודת זהות/דרכון שמספרו \_\_\_\_\_ ונוכחתי כי הוא בגיר.

מצאתי כי הממנה –

אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה.

הינו אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על יפוי הכוח:

הסברתי לממנה את משמעות הסמכתו של מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, טיפול, אשפוז או שחרור מאשפוז  
והכל בבית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, 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.

יום \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_

חתימת \_\_\_\_\_ בעל מקצוע \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_