

## 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 [ ] כתובת דואר: ארץ  
יישוב \_\_\_\_\_

רחוב מספר \_\_\_\_\_ כניסה \_\_\_\_\_  
מיקוד 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 \_\_\_\_\_ ] [ מספר תעודת זהות ישראלית

\_\_\_\_\_ ] [ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר  
דרכון \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון  
אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לבני יש קרבה

משפחתית: כן סוג קרבה: \_\_\_\_\_ / לא אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לבני 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): \_\_\_\_\_ 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. 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 איני 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): \_\_\_\_\_  
[ ] מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_  
[ ] דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר \_\_\_\_\_  
דרכון \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ דואר \_\_\_\_\_ אלקטרוני \_\_\_\_\_  
ישוב \_\_\_\_\_ 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 רכשיים, כגון ניהול חשבונות בנק או קבלת קצבאות או לעניינים אישיים שאינם  
רפואיים, כגון החלטה על מקום המגורים. 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. 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 לקרובי בכתב כי אינו מעוניין לשמש כמיופה כוח או בהתקיים התנאים הקבועים בסעיף 32 לכב 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 \_\_\_\_\_ [ ] מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_ [ ] דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר \_\_\_\_\_ דרכון \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ הנפקת \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ ארץ \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ מספר ת"ד \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ הדיווח ייעשה בנושאים \_\_\_\_\_ האלה: \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----

הדיווח ייעשה במועדים \_\_\_\_\_ האלה: \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----  
[ ] ברצוני כי לאדם המיודע 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 [ ] 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 \_\_\_\_\_ [ ] מספר  
תעודת זהות ישראלית (ככל שידוע) \_\_\_\_\_ [ ] דרכון זר (אם אין  
תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון  
המידע לא יימסר בנושאים האלה:  
-----  
-----  
-----

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 \_\_\_\_\_ [ ] בכתובת 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 שמשפרו:  
 \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ לחודש  
 \_\_\_\_\_ בשנת \_\_\_\_\_ שם פרטי  
 \_\_\_\_\_ שם משפחה  
 \_\_\_\_\_ חתימת מיופה הכוח  
 \_\_\_\_\_ חתימת עו"ד/ בעל מקצוע שבפניו חתם מיופה הכוח אני  
 \_\_\_\_\_ חתם בפניי מיופה הכוח מצהיר/ה כי ביום \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ מספר מזהה  
 \_\_\_\_\_ באתי על החתום שם פרטי  
 \_\_\_\_\_ שם משפחה [ ]

[ ] מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_ [ ] דרכון זר (אם אין  
 תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון זר \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת  
 דרכון \_\_\_\_\_ תפקיד: עו"ד/רופא מורשה/עובד  
 סוציאלי/פסיכולוג/אח/אחות מסי 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, והתרשמותי 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  
 \_\_\_\_\_ [ ] מספר תעודת זהות ישראלית  
 \_\_\_\_\_ [ ] דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר  
 דרכון \_\_\_\_\_ זר \_\_\_\_\_ ארץ הנפקת  
 דרכון \_\_\_\_\_ תפקיד: רופא מורשה/ עובד סוציאלי/ פסיכולוג/  
 אח/ אחות מספר רישיון: \_\_\_\_\_ חתימת בעל מקצוע  
 \_\_\_\_\_ חותמת