

טופס א'

(תקנה 2(א))

ייפוי כוח מתמשך

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזהים של הממנה

אני החתום מטה (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 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 למשלוח 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:

☐ לכתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____

☐ במסרון לטלפון נייד שמספרו: _____

פרטי מיופה הכוח

(במקרה של יותר ממיופה כוח אחד יש למלא הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד וכן לציין האם הוא מיופה כוח בנוסף/במשותף/חלופי למיופה 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 זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני ישנה קרבה משפחתית:

- ☐ כן. סוג קרבה: _____
- ☐ לא

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני ישנה 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): _____

אני מייפה את מיופה כוחי לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה:

- ☐ בכל העניינים הרכושיים
- ☐ בעניינים הרכושיים האלה: _____
- _____
- _____
- ☐ בכל העניינים הרכושיים פרט לעניינים אלה: _____
- _____
- _____

- ☐ בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים)
- ☐ בעניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים) האלה: _____
- _____
- _____
- ☐ בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים) פרט לעניינים אלה: _____
- _____
- _____

☐ בכל העניינים הרפואיים

☐ בעניינים הרפואיים האלה: _____

☐ בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה: _____

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

הנחיות מקדימות

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים בהם 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):

☐ מועד הכניסה לתוקף בעניינים הרכושיים כולם/ חלקם (לפי הפירוט) יהיה (סעיף רשות): בתאריך _____

☐ 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 כניסת ייפוי הכוח לתוקף:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

☐ מספר תעודת זהות ישראלית _____

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

טלפון _____ כתובת דואר אלקטרוני _____

יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

הנחיות מקדימות למיופה הכוח

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן (סעיף רשות):

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 32(ג) לחוק

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

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

☐ 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.

☐ ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו של מיופה הכוח אתנגד לכך, וזאת לאחר שקיבלתי הסבר על כך מפסיכיאטר וחתמתי בפניו.

הנחיות לעניין 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.

☐ נסיבות אחרות לפקיעת ייפוי הכוח (סעיף רשות): _____

☐ ברצוני לקבוע כי ייפוי הכוח יעמוד בתוקפו גם אם אודיע על רצוני לבטלו כשלא אהיה בעל כשירות לחתום על ייפוי הכוח.

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 זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

טלפון _____ כתובת דואר אלקטרוני _____

ארץ _____ יישוב _____ רחוב _____ מספר _____

כניסה _____ מיקוד _____ מספר ת.ד. _____ מיקוד ת.ד. _____

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 _____

☐ אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתמתי על ייפוי כוח למתן הנחיות לטיפול רפואי.

☐ אני מצהיר/ה כי ביום _____ הפקדתי את ייפוי הכוח למתן הנחיות לטיפול רפואי במשרד הבריאות.

מסירת מידע לקרובי משפחה¹

☐ ברצוני כי קרובי משפחתי יהיו זכאים למידע לפי החוק.

☐ ברצוני להגביל את מסירת המידע לקרובי משפחתי לפי הפירוט שלהלן:

הגבלות על מסירת מידע לקרובי משפחה

סוג הקרבה _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

☐ מספר תעודת זהות ישראלית _____

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר 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).

חתימות

חתימת הממנה

הנני החתום/ה מטה מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן ייפוי הכוח, מטרותיו ותוצאותיו וכי ייפוי הכוח ניתן בהסכמה חופשית ומרצון, מבלי 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

הנני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה/ת כוח של:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר מזהה _____

לאחר שהוסברה לי משמעות ייפוי הכוח ולאחר שקראתי והבנתי את משמעותו, האחריות והסמכויות לפיו, ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור בית משפט.

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

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

(יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות)

☐ כתובת למשלוח 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:

☐ לכתובת הדואר האלקטרוני הזו: _____

☐ במסרון לטלפון נייד שמספרו: _____

יום _____ חודש _____ שנה _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____ חתימת מיופה הכוח _____

חתימת עו"ד/ בעל המקצוע² שבפניו חתם מיופה הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי מיופה הכוח _____ מספר מזהה _____ לאחר שקרא את ייפוי הכוח המתמשך, הבין את משמעותו, אחריותו וסמכויותיו לפיו.

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 מספר רישיון: _____

חתימת עו"ד/ בעל מקצוע _____ חותמת _____

חתימת עורך הדין שבפניו נחתם ייפוי הכוח

1. אני מצהיר/ה כי ביום _____ חתם בפניי הממנה _____ מספר מזהה _____ 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 כי באפשרותו לקבוע אדם שתימסר לו הודעה על כניסת ייפוי הכוח לתוקף, אדם מיועד שיקבל דיווח כמפורט לעיל, ואת היקף המידע שיימסר לו ולקרובי משפחתו של הממנה.

4. הסברתי לממנה כי האדם המיועד אינו יכול להיות קרוב משפחה של מיופה הכוח (אלא אם כן מיופה הכוח הוא קרוב משפחה של הממנה).

5. הסברתי בנפרד לממנה בנוגע לפרטים שבחוק המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:

☐ המשמעויות המשפטיות של ייפוי כוח מתמשך;

☐ החלופות הקיימות בדין לייפוי כוח מתמשך, לרבות הנחיות מקדימות לצורך מינוי אפוטרופוס, החלטות עתידיות שיתקבלו בשמו או פעולות שיינקטו בשמו על ידי האפוטרופוס, תומך בקבלת החלטות;

☐ עניינים שניתן לכלול בייפוי כוח מתמשך ובכלל זה הוראות לעניין מועד כניסתו לתוקף, הנחיות מקדימות, הגבלה לסוגי עניינים והוראות בעניין יידוע ומסירת מידע;

☐ פעולות שמיופה הכוח לא יהיה רשאי לבצע ללא הסמכה מפורשת בייפוי הכוח כאמור בסעיף 32(ג) לחוק;

² לעניין ייפוי כוח מתמשך לעניינים רפואיים בלבד.

☐ כי מיופה הכוח לפי ייפוי כוח מתמשך, גם אם הוא לעניינים בריאותיים - אינו מוסמך לקבל החלטות, לתת הוראות או לבצע פעולות הקשורות לטיפול רפואי בסוף החיים, לפי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005;

☐ פעולות שמיופה הכוח לא יהיה רשאי לבצע ללא אישור בית המשפט מראש כאמור בסעיף 32(ד) לחוק;

☐ האפשרויות לבטל את ייפוי הכוח או לקבוע שהוא יעמוד בתוקפו גם אם הממנה יבקש לבטלו כשלא יהיה בעל כשירות.

6. נוכחתי לדעת כי הממנה מבין את משמעות ייפוי הכוח, מטרותיו ותוצאותיו והתרשמתי כי הממנה הוא בעל כשירות וכי ייפוי הכוח ניתן על ידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו על הממנה לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו של הממנה.

7. התרשמתי כי מתקיימים בממנה תנאי הכשירות הקבועים בחוק.

8. אני מצהיר שעברתי הכשרה לפי סעיף 32 יד לחוק.

9. אני מצהיר שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

באתי על החתום

יום _____ חודש _____ שנה _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר רישיון _____

מספר תעודת זהות ישראלית _____ חתימת עורך הדין _____

נספח א'

הסכמה מיוחדת לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז כאמור לפי סעיף 132(ג)(2) לחוק

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה הבאה ותוצאותיה – 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

אישור רופא מומחה בפסיכיאטריה

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

☐ הוא 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 _____

מספר רישיון _____ מספר מומחה _____

☐ מספר תעודת זהות ישראלית _____

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר דרכון זר _____ ארץ הנפקת דרכון _____

חתימה _____ חותמת _____