

תוספת

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

☐ 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 מס' 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

אני ממנה ומייפה את כוחו של (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 ארץ הנפקת דרכון

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

כן. סוג קרבה: / לא

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש זיקה אחרת כדלקמן:

☐ איש מקצוע (פרט את המקצוע) מס' 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 הרכשיים

☐ בעניינים הרכשיים האלה:

.....

- ☐ בכל העניינים הרכשיים פרט לעניינים אלה:
 - ☐ בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים)
 - ☐ בעניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים) האלה:
 - ☐ בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים אישיים) פרט לעניינים אלה:
 - ☐ בכל העניינים הרפואיים
 - ☐ בעניינים הרפואיים האלה:
 - ☐ בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה:
- במקרה של יותר ממיזוג אחד יש למלא את הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד וכן לציין אם הוא מיזוג אחד בנוסף/במשותף/חלופי למיזוג הכוח.

הנחיות מקדימות

מועד הכניסה לתוקף של יפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים שבהם ניתן יפוי 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 אינני מסוגל להבין בעניינים אלה (כולם או חלקם) כדלקמן (סעיף רשות):

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

- ☐ ברצוני לקבוע כי יהיה על מיזוג הכוח ליידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הודעה לאפוטרופוס הכללי על כניסת יפוי הכוח לתוקף.

פרטי האדם שיש ליידע בדבר כניסת יפוי הכוח לתוקף:

- שם פרטי שם משפחה תחום מומחיות:
- ☐ מס' תעודת זהות ישראלית
 - ☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון ארץ הנפקת דרכון
 - טלפון כתובת דואר אלקטרוני
 - ישוב רחוב מספר

הנחיות מקדימות למיזוג הכוח

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

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 132(ג) לחוק

- ☐ ברצוני להסמיך את מיזוג 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 תבקש הסכמתו של מיופה הכוח אתנגד לך, 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.

מיועדים ומסירת מידע

□ ברצוני לקבוע אדם אחד או יותר שיהיה על מיופה הכוח לדווח לו על החלטות או פעולות בנושאים ובמועדים כפי שיפורט:

פרטי האדם המיועד

שם פרטי שם משפחה

□ מס' תעודת זהות ישראלית

□ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון ארץ הנפקת דרכון

ארץ יישוב רחוב מספר מס' ת"ד מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני טלפון נייד

הדיווח ייעשה בנושאים האלה:

הדיווח ייעשה במועדים האלה:

□ ברצוני כי לאדם המיועד יועבר העתק מייפוי הכוח.

□ ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוסטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוסטרופוס 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 משפחה³

- ☐ 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 (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

הסכמה והצהרה של מיופה הכוח

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה 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, את 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/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:

☐ לכתובת הדואר האלקטרוני הזו:

☐ במסרון לטלפון נייד שמספרו:

יום לחודש בשנת

שם פרטי שם משפחה

חתימת מיופה הכוח

³ קרוב משפחה – אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ר' הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

חתימת עו"ד/בעל המקצוע⁴ 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

☐ מס' תעודת זהות ישראלית

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' 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

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 ואלה 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 בלא הסמכה מפורשת בייפוי הכוח כאמור בסעיף 132(ג) לחוק;

☐ 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 בלא אישור בית המשפט מראש כאמור בסעיף 132(ד) לחוק;

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

⁴ לעניין ייפוי כוח מתמשך לעניינים רפואיים בלבד.

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(ג) 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

חותמת 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 שמיפוי 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 בגיה.

2. מצאתי כי הממנה –

☐ אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה

☐ הוא אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ייפוי הכוח:

.....

12. הסברתי לממנה את משמעות הסמכתו של מיפוי 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 מס' רישיון: מס' מומחה:

☐ מס' תעודת זהות ישראלית

☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת דרכון

.....

חתימה חותמת