

**ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי**  
**לפי חוק זכויות החולה (ס' 16)**  
**וחוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42)**

**ביטול טופס ייפוי כוח משולב**  
**בשל תיקון שחל בחוק הכשרות**  
**המשפטית, החל מתאריך 11.4.2017 לא**  
**ניתן להפקיד טפסים מסוג ייפוי כוח**  
**משולב, אלא רק ייפוי כוח למתן הנחיות**  
**רפואיות לטיפול רפואי בחולה הנוטה**  
**למות והנחיות רפואיות מקדימות לטיפול**  
**רפואי עתידי בחולה הנוטה למות.**

הוראות חוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות ל :

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

שהוא מעל גיל 18 ושלא ידוע לי שהוכרז פסול דין, על מנת שיפעל בשמי לקבלת מידע רפואי לשם מתן הסכמה או סירוב לטיפול רפואי וסיעודי בי, כולל אשפוז רפואי וסיעודי ולקבלת החלטות הקשורות גם לסוף החיים, ולייצוגי מול כל גורם שידון בטיפול בי ויהיה רשאי להסכים למסור מידע אודותי לכל גורם נחוץ.

ייפוי כוח זה ניתן למקרה שאהיה זקוק לטיפול רפואי אך לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת.

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

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף רק אם ייקבע לגבי כי אינני כשיר וכן כי דרוש לי טיפול רפואי ו/או אני חולה הנוטה למות, לפי העניין.

ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאינני כשיר. אופן הביטול יהיה בהודעה למיופה הכוח או למטפלים בי על ביטולו, או במתן ייפוי כוח חדש. אם אעביר ייפוי כוח זה להפקדה במרכז להנחיות רפואיות מקדימות של משרד הבריאות, ידוע לי כי עלי לשלוח הודעת ביטול גם למרכז זה.

ידוע לי 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.

ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא לחמש שנים מיום חתימתו או עד לתאריך \_\_\_\_\_ (המוקדם שבהם).

**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:

---

---

---

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.

למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי **ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש**.

אני פוטר בזה מאחריות לתוצאות השימוש בייפוי הכוח את מיופה כוחי ואת כל מי שיפעל על סמך ייפוי כוח זה, ובלבד שפעלו בתום לב וכחוק.

**התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות** (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**

(אם נותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית יש לציין שם מלא ומס' ת"ז מי שתרגם עבורו את ההסכמה וההוראות שבטופס)

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**חתימת העדים**

(שני הצדדים צריכים לחתום באותו מצמד 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.

**עד 1:** שם ומשפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**עד 2:** שם ומשפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



ייפוי כוח משולב

## לפני שאת/ה שולח/ת...

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

<p>- חובה עליך לציין כתובת מגורים עדכנית בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין. באם אתה מעוניין, הנך רשאי לציין גם כתובת נוספת למשלוח דואר. - יש למלא שם מיופה הכוח, מס' זהות שלו וכתובתו המעודכנת בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין. רצוי להוסיף מס' טלפון.</p>	<p><input type="checkbox"/> עמ' 1</p>
<p>- 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. - חובה לחתום ולציין תאריך. מומלץ לציין מס' טלפון לצורך בירורים במידת הצורך. - עליך להחתים שני עדים, <b>שאינם</b> קרובי משפחה מדרגה ראשונה. העדים ואתה תחתמו בו זמנית, באותו מעמד ולכן תאריך חתימתך חייב להיות זהה לתאריכי חתימת העדים. - עד אינו רשאי לשמש גם כמיופה כוח (וההיפך).</p>	<p><input type="checkbox"/> עמ' 2</p>
<p>- יש לצרף צילום ברור של ת.ז. כולל ספח.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>את הטופס יש לשלוח <b>בדואר רשום</b> לכתובת: משרד הבריאות המרכז להנחיות רפואיות מקדימות רח' ירמיהו 39 ירושלים 9446724</p>	<p><input type="checkbox"/></p>