



תאריך הדפסת האישור 24/02/2019

ייפוי כוח מתמשך

טופס זה נכתב בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזהים של הממנה

אני החתום מטה

שם פרטי שם משפחה תעודת זהות

מקום מגורים קבוע: יישוב חולון

ארץ ישראל

פרטי התקשרות של הממנה

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

בכתובת דואר

ארץ ישראל יישוב רחוב

מספר 9 כניסה מיקוד מספר ת.ד. מיקוד ת.ד.

בכתובת הדואר האלקטרוני

בשליחת מסרון לטלפון נייד



פרטי מיופה הכוח

אני ממנה ומייפה את כוחו של

1.

שם פרטי שם משפחה תעודת זהות

אני מצהיר/ה כי ביני לבין מיופה הכוח קיימת הקרבה המשפחתית הבאה: אח

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

מקצוע מקצוע אחר מספר רישיון

קרבה אחרת (חבר, מכר)

מיופה הכוח מבקש/ת לקבל הודעות מהאפוסטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

בכתובת דואר

ארץ ישראל יישוב תל אביב - יפו רחוב ע'

מספר 6 כניסה מיקוד מספר ת.ד. מיקוד ת.ד.

בכתובת הדואר האלקטרוני חנכ

בשליחת מסרון לטלפון נייד

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

בכל העניינים הרכושיים

בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים)

בכל העניינים הרפואיים



הנחיות מקדימות למיופה הכוח

מועד הכניסה לתוקף של יפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים בהם 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 והאפוסטרופסות, 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):

אני מורה כי לצורך כניסה לתוקף של יפוי הכוח המתמשך די בחוות דעת מאת רופא משפחה או כל רופא שיקבע כי "אינני מבין בדבר" ואין הכרח בחוות דעת פסיכיאטר או נויורולוג כפי שמורה חוק השרות המשפטית והאפוסטרופסות.
אני מבקש שכניסה לתוקף של יפוי הכוח תהיה גם בעת תשישות הגוף ולא רק תשישות הנפש והשכל כלומר שאם אתקשה בפעולות, גם אם אהיה כשיר משפטית, יכתוב רופא משפחה כי יש להכניס לתוקף את יפוי הכוח המתמשך.

מועד הכניסה לתוקף לעניינים הרכושיים כולם/חלקם (לפי הפירוט) יהיה בתאריך (סעיף רשות) **24/02/2019**

ברצוני לקבוע כי יהיה על מיופה הכוח ליידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הדועה לאפוסטרופוס הכללי על כניסת יפוי הכוח לתוקף.

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

בעניינים הרפואיים כמפורט להלן, אני מיפה את כוחו של מיופה כוחי: לחתום בשמי (וגם שלא לחתום), להסכים (וגם שלא להסכים), הכל לפי שיקול דעתו של מיופה כוחי, לכל עניין רפואי שלגבי רופא (או מוסד רפואי) ידרוש לקבל את הסכמתי לפי חוק זכויות החולה - לגבי טיפול שיינתן לי או שלא ינתן לי. אני מיפה בזאת את כוחו של מיופה כוחי בעניינים הרפואיים שלי לפעול מול הצוות הרפואי ולהחליט לפי שיקול דעתו כדלקמן:
אני מבקש, ככל שהדבר אפשרי וחוקי, למנוע ממני סבל גופני מיותר גם אם הטיפול שיוצע לי יוביל להארכה מסויימת של חיי. אם אין סיכוי ממשי להבראה או לחזרה לשגרת חיים נורמלית סבירה ואנושית - אבקש לא לטפל בי. לעניין זה, "שגרת חיים שאיננה סבירה ואיננה אנושית": משמע היזקקות להזנה באמצעים מלאכותיים או מצב בו אהיה משותק בארבע גפיים, מצב של שיטיון או מצב של כאבים בלתי סבירים. במצבים אלו אני מבקש לא לבצע בי החייאה לא להתחיל לתת לי הזנה ואם התחילו אני מבקש להפסיקה, לא לחבר אותי למכונת הנשמה ואם חוברתי אני מבקשת לנתקה. אם מצבי הרפואי הינו מצב של סבל, אני מבקש לקבל טיפול במורפיום או משככי כאבים אחרים שימנעו ממני את המשך הסבל. הוסבר לי כי יפוי הכוח המתמשך חל על עניינים שחוק זכויות

תאריך הדפסת האישור 24/02/2019

החולה חל עליהם ולא על חוק החולה הנוטה למות ובכל מקרה אני מביע את רצוני דלעיל כך שיחול בכל מקרה.

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 32(ג) לחוק

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

בעניינים רכשיים - אני מאפשר למיופה הכוח לבצע פעולות עד 500,000 ש"ח ומעל לכך באישור בית המשפט כפי שמורה החוק.

בעניינים רכשיים - אני מאפשר ביצוע פעולות במוצרים פנסיוניים

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.

הוראות אחרות לפקיעת ייפוי הכוח (סעיף רשות):

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

מיודעים ומסירת מידע

ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוסטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוסטרופוס הכללי (לא חובה)



תאריך הדפסת האישור 24/02/2019

מסירת מידע לקרובי משפחה

ברצוני כי קרובי משפחתי יהיו זכאים למידע בהתאם להוראות החוק

חתמתי על ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי אני מצהיר/ה כי ביום

הפקדתי את ייפוי הכוח הרפואי במשרד הבריאות אני מצהיר/ה כי ביום

מסמכים מצורפים



חתימות

חתימת הממנה

הנני הח"מ 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 24 חודש פברואר שנה 2019
 שם פרטי [] שם משפחה []
 חתימת הממנה []

1. הסכמת והצהרת מיופי הכוח

הנני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה כוח של:

שם פרטי [] שם משפחה [] מספר זיהוי []

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.

שם פרטי של מיופה הכוח [] שם משפחה של מיופה הכוח []
 תעודת זהות [] חתימת מיופה הכוח []

אימות והצהרת העו"ד בפניו חתם/ה מיופה הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום 24/2/2019
 חתם/ה בפני מיופה הכוח [] תעודת זהות []

תאריך הדפסת האישור 24/02/2019

לאחר שקרא/ה את ייפוי הכוח המתמשך, הבין/ה את משמעותו, אחריותו וסמכויותיו לפיו.
באתי על החתום

שם פרטי [] שם משפחה []
מספר רישיון [] תעודת זהות []
חתימת עו"ד שבפניו חתם מיופה כוח [] חתמוני []

חתימת עורך הדין שבפניו נחתם ייפוי הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום []
חתם בפני הממנה [] מספר זיהוי []

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 מוגבלויות הזקוק להתאמה.

אדם עם מוגבלויות ואלו דרכי ההתאמה שנקטו על ידי בעת החתימה על ההנחיות המקדימות:

[]

3. הסברתי לממנה כי באפשרותו לקבוע אדם שתימסר לו הודעה על כניסת ייפוי הכוח לתוקף, אדם מיודע שיקבל דיווח כמפורט לעיל, ואת היקף המידע שיימסר לו ולקרובי משפחתו של הממנה.

4. הסברתי לממנה כי האדם המיודע 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



תאריך הדפסת האישור 24/02/2019

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

פעולות שמיופה הכוח לא יהיה רשאי לבצע ללא הסמכה מפורשת בייפוי הכוח כאמור בסעיף 32(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 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/ה 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/ה שעברתי הכשרה לפי סעיף 32 יד לחוק.

9. אני מצהיר/ה שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

באתי על החתום

שם פרטי שם משפחה
 תעודת זהות מספר רישיון
 תאריך החתימה לחודש בשנת

חותמת