



רשומות

קובץ התקנות

20 באפריל 2017

7801

כ"ד בניסן התשע"ז

עמוד

תקנות הכשרות המשפטית והאפוטרופסות (ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמך הבעת רצון), התשע"ז–2017 968

תקנות הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות (ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמך הבעת רצון), התשע"ז-2017

בתוקף סמכותי לפי סעיפים 32ג(א), 32ד(א), 32טו(א), 32ז(ה), 32ח(ד), 35א, 64(ד), 64א(ד) ו-83 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962¹ (להלן – החוק), ובהסכמת שר הבריאות לעניין טפסים ב' ו-ד' שבתוספת, אני מתקינה תקנות אלה:

פרק א': הגדרות

1. הגדרות
בתקנות אלה –
"אדם מיועד" – כהגדרתו בסעיף 32טז(א) לחוק;
"אמצעי זיהוי ממוחשב" – כמשמעותו בתקנה 8;
"בעל מקצוע" – כהגדרתו בסעיף 32טו(א) לחוק;
"הנחיות מקדימות לאפוטרופוס" – הנחיות מקדימות לצורך מינוי אפוטרופוס, כמשמעותו בסעיף 35א לחוק;
"חתימה אלקטרונית" – כהגדרתה בחוק חתימה אלקטרונית, התשס"א-2001²;
"ייפוי כוח מתמשך" – כמשמעותו בפרק שני 1 לחוק, לרבות "הנחיות מקדימות למיפיה כוח" כמשמעותן בסימן ו' לחוק;
"ייפוי כוח רפואי" – כהגדרתו בסעיף 32טו(א) לחוק;
"מסמך הבעת רצון" – כמשמעותו בסעיפים 64 ו-64א לחוק;
"מערכת ממוחשבת" – מערכת ממוחשבת של האפוטרופוס הכללי המיועדת לעריכה, הפקדה, צפייה וביצוע פעולות שונות בעניין ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמך הבעת רצון באמצעות אתר כשרות משפטית ואפוטרופוסות online, בכתובת: <https://legalcapacity-sc.justice.gov.il/>;
"המרשם" – כמשמעותו בתקנה 4(א);
"עורך מסמך" – מי שערך הנחיות מקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת רצון;
"פרטי זהות" – שם מלא, מס' זהות, מען ופרטי התקשרות נוספים הידועים לאפוטרופוס הכללי;
"קרוב" – קרוב כהגדרתו בסעיף 80 לחוק.

פרק ב': עריכת ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס

ומסמך הבעת רצון

2. עריכת מסמכים בפני עורך דין
(א) ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת רצון שנערכו על ידי עורך דין, ייערכו לפי טפסים א' עד ג' שבתוספת, לפי העניין, באופן מקוון באמצעות המערכת הממוחשבת.
(ב) עורך הדין שבפניו נערך מסמך לפי תקנת משנה (א) ישמור אצלו עותק מקורי של המסמך ועותק מקורי נוסף יימסר לאפוטרופוס הכללי לפי תקנה 6(א)2.
3. עריכת ייפוי כוח רפואי
(א) על אף האמור בתקנה 2(א), ייפוי כוח רפואי יכול שיערך לפי טופס ד' שבתוספת, המפורסם באתר האינטרנט של האפוטרופוס הכללי בכתובת <http://www.justice.gov.il/Units/ApotroposKlali/Forms>.

¹ ס"ח התשכ"ב עמ' 120; התשע"ו, בעמ' 798.

² ס"ח התשס"א, עמ' 210; התשע"ד, עמ' 4542.

(ב) בעל מקצוע שערך ייפוי כוח רפואי ישמור העתק של ייפוי הכוח ברשומה הרפואית או הסוציאלית של הממנה, לפי העניין, ועותק מקורי יופקד בידי הממנה אצל האפוטרופוס הכללי.

פרק ג': מרשם ייפוי כוח מתמשכים, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמכי הבעת רצון

4. (א) האפוטרופוס הכללי ינהל מרשם ממוחשב של ייפויי כוח מתמשכים שהופקדו לפי סעיף 332(א) לחוק, של הנחיות מקדימות לאפוטרופוס שהופקדו לפי סעיף 35א(ג) לחוק ושל מסמכי הבעת רצון שהופקדו לפי תקנה 6(ג), לרבות צרופותיהם. (ב) במרשם יצוינו –

- (1) פרטי הזהות של הממנה או של עורך המסמך;
- (2) פרטי הזהות של עורך הדין שבפניו נחתם ייפוי הכוח המתמשך, ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת הרצון ומספר רישיון עורך הדין שלו, או פרטי זהות של בעל מקצוע שבפניו נחתם ייפוי הכוח הרפואי;
- (3) פרטי זהות של הפסיכיאטר שנתן את ההסבר לממנה לפי סעיף 32(ג)(2) לחוק אם כלל ייפוי הכוח המתמשך סמכות לתת הסכמה לבדיקה פסיכיאטרית, לטיפול פסיכיאטרי לאשפוז או לשחרור מאשפוז למרות התנגדות הממנה במועד שבו התבקשה ההסכמה;
- (4) פרטי זהות של מיופה הכוח לפי ייפוי הכוח המתמשך או של האפוטרופוס שמינויו מתבקש לפי ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או למסמך הבעת רצון;
- (5) פרטי זהות של כל אדם מיודע כפי שנקבע בייפוי הכוח המתמשך;
- (6) חובות דיווח לאפוטרופוס הכללי, ככל שנקבעו בייפוי הכוח המתמשך לפי סעיף 332טז(א) לחוק;
- (7) מועד חתימת הממנה או עורך המסמך על ייפוי הכוח המתמשך, ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת הרצון, וכן מועד ההפקדה;
- (8) מועד מיועד או תנאי לכניסה לתוקף של ייפוי הכוח המתמשך לפי קביעת הממנה;
- (9) פירוט העניינים שבהם יוסמך מיופה הכוח לפעול על פי ייפוי הכוח המתמשך, או העניינים שבהם מתבקש לפעול אפוטרופוס לפי ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או לפי מסמך הבעת הרצון;
- (10) פירוט המידע שיימסר לאדם מיודע והגבלות על מסירת מידע לקרובי הממנה כאמור בסעיף 32(ב) לחוק, ככל שנקבעו בייפוי הכוח המתמשך;
- (11) קביעה מפורשת של הממנה בייפוי הכוח המתמשך כי הוא יעמוד בתוקפו גם אם יודיע על רצונו לבטלו כשלא יהיה בעל כשירות, כאמור בסעיף 332ב(ד) לחוק, אם נקבעה.

5. ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמך הבעת רצון שהופקדו אצל האפוטרופוס הכללי, וכל מידע ומסמך הנוגע להם המצויים אצל האפוטרופוס הכללי, לרבות פרטי המרשם, יישמרו בסוד ולא תימסר כל ידיעה עליהם אלא לפי הוראות כל דין או לפי החלטת בית משפט.

**פרק ד': הפקדת ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפטרופוס
ומסמך הבעת רצון**

6. הפקדת מסמכים הפקדת ייפוי כוח מתמשך והנחיות מקדימות לאפטרופוס תיעשה באחת הדרכים האלה:

(1) בידי הממנה או עורך ההנחיות המקדימות לאפטרופוס בהתייחסות במשרדי האפטרופוס הכללי, בהצגת פרטי זהותו ובמסירת עותק מקורי של ייפוי הכוח המתמשך או של ההנחיות המקדימות לאפטרופוס;

(2) על ידי עורך הדין שבפניו נחתמו ייפוי הכוח המתמשך או ההנחיות המקדימות לאפטרופוס, לפי העניין, באופן מקוון, חתום ביד עורך הדין בחתימה אלקטרונית; עותק מקורי חתום יישלח בדואר רשום בתוך ארבעה עשר ימים לידי האפטרופוס הכללי.

(ב) האפטרופוס הכללי ימציא למפקיד אישור בדבר ההפקדה, לפי סעיף 32(ד) לחוק וירשום במרשם את הפרטים המנויים בתקנה 4(ב), והכול זולת אם מצא שיש מניעה לכך לפי החוק.

(ג) ביקש עורך מסמך הבעת רצון או עורך הדין שבפניו נערך המסמך להפקידו אצל האפטרופוס הכללי יחול על ההפקדה פרק זה, בשינויים המחויבים.

7. הפקדת ייפוי כוח רפואי שנערך בפני בעל מקצוע תיעשה בידי הממנה בהתייחסות במשרדי האפטרופוס הכללי, בהצגת פרטי זהותו ובמסירת עותק מקורי של ייפוי הכוח. בעל מקצוע

8. לאחר אישור ההפקדה ינפיק האפטרופוס הכללי לממנה ולמיופה הכוח, וכן לעורך המסמך, לפי העניין, אמצעי זיהוי אישי לשם הזדהות עתידית וביצוע פעולות במערכת הממוחשבת. אמצעי זיהוי ממוחשב

9. הממנה או עורך המסמך, לפי העניין, יציין בייפוי הכוח המתמשך, בהנחיות המקדימות לאפטרופוס, או במסמך הבעת הרצון, בהתאמה, את הדרך שבה הוא מעוניין לקבל הודעות מהאפטרופוס הכללי לפי סעיף 32בא(ב) לחוק, מבין הדרכים האלה:

(1) באמצעות מסרון טלפון נייד;

(2) בדואר;

(3) בדואר אלקטרוני.

פרק ה': כניסה לתוקף של ייפוי כוח מתמשך

10. (א) התמלאו התנאים לכניסת ייפוי כוח מתמשך לתוקף, ימסור מיופה הכוח לאפטרופוס הכללי הצהרה בכתב אשר תכלול את הפרטים האלה:

(1) פרטי זהות של הממנה ושל מיופה הכוח;

(2) הצהרת מיופה הכוח כי התקיימו התנאים לכניסת ייפוי הכוח לתוקף, כולו או חלקו, ואם נכנס חלקו לתוקף – יצוין מהו החלק;

(3) הצהרת מיופה הכוח כי התקיימו חובות היידוע, אם נקבעו בייפוי הכוח המתמשך.

(ב) להצהרה יצורף כל מסמך שקבע הממנה כתנאי לכניסת ייפוי הכוח המתמשך לתוקף, לרבות חוות דעת מומחה, אם נדרשת, ערוכה לפי סעיף 83(ב) לחוק.

(ג) מסירת ההצהרה לאפטרופוס הכללי תיעשה באחת הדרכים האלה:

(1) באמצעות המערכת הממוחשבת על ידי שימוש באמצעי זיהוי ממוחשב;

(2) בהתייצבות מיופה הכוח במשרדי האפוטרופוס הכללי, בהצגת פרטי זהותו ומסירת ההצהרה מטעמו.

(ד) לאחר קבלת ההצהרה ימסור האפוטרופוס הכללי למיופה הכוח אישור כי ייפוי הכוח נכנס לתוקף; אישור כאמור לא יהווה ראיה לנכונות האמור בהצהרה.

11. (א) עותק מקורי של ייפוי כוח רפואי שלא הופקד לפי תקנות אלה ונכנס לתוקף במהלך השנה שממועד עריכתו, יימסר לאפוטרופוס הכללי בידי מיופה הכוח בהתייצבות במשרדי האפוטרופוס הכללי בהצגת פרטי זהותו ובצירוף הצהרה על כניסתו לתוקף לפי תקנה 10.

- (ב) האפוטרופוס הכללי ירשום במרשם את דבר מסירת ייפוי הכוח הרפואי וההצהרה על כניסתו לתוקף כאמור בתקנה זו, וימסור למיופה הכוח אישור על מסירתו וכניסתו לתוקף של ייפוי הכוח.
12. האפוטרופוס הכללי ישלח לממנה ולאדם מיודע, אם נקבע בייפוי הכוח המתמשך, הודעה בדבר כניסת ייפוי הכוח לתוקף; ההודעה תישלח בדרך שקבע הממנה בייפוי הכוח המתמשך.

פרק ו': קבלת מידע

13. קבלת מידע על ייפוי כוח מתמשך שהופקד והעתק ממנו בידי הממנה או מיופה הכוח תהיה באמצעות המערכת הממוחשבת על ידי שימוש באמצעי זיהוי ממוחשב או בהתייצבות במשרדי האפוטרופוס הכללי ובהצגת פרטי זהותם.
14. קבלת מידע על הנחיות מקדימות לאפוטרופוס או על מסמך הבעת רצון שהופקדו או קבלת העתק מהם, בידי עורך המסמך, תהיה באמצעות המערכת הממוחשבת על ידי שימוש באמצעי זיהוי ממוחשב או בהתייצבות במשרדי האפוטרופוס הכללי ובהצגת פרטי זהותו.
15. (א) אדם מיודע או קרוב של הממנה המבקש לקבל מידע על ייפוי כוח מתמשך, ממועד כניסתו לתוקף של ייפוי הכוח, יגיש בקשה לקבלת המידע באמצעות המערכת הממוחשבת או בהתייצבות במשרדי האפוטרופוס הכללי לאחר הצגת פרטי זהותו.
- (ב) קיבל האפוטרופוס הכללי בקשה לפי תקנה זו, ומצא כי המבקש זכאי לקבל את המידע, ימסור את המידע, בהקדם, למען שצוין בבקשה.
16. (א) הוצג לפני צד שלישי ייפוי כוח מתמשך, רשאי הוא לפנות לאפוטרופוס הכללי בבקשה לקבל אישור לפי סעיף 32(ד) לחוק; הבקשה תוגש באמצעות המערכת הממוחשבת.
- (ב) לבקשה תצורף הצהרת הצד השלישי כי האישור נדרש לשם קבלת החלטה או ביצוע פעולה בידי מיופה הכוח בשם הממנה הנוגעת לצד השלישי.

פרק ז': פקיעה או ביטול של ייפוי כוח מתמשך או של הנחיות מקדימות

17. (א) התקיימה עילה לפקיעתו של ייפוי כוח מתמשך לפי סעיף 32בב לחוק, לפני כניסתו לתוקף, או עילה לפקיעתם של הנחיות מקדימות או מסמך הבעת רצון, לפני הגשת בקשה למינוי אפוטרופוס, ימסרו הממנה או עורך המסמך, לפי העניין, הודעה על כך לאפוטרופוס הכללי.
- (ב) התקיימה עילה לפקיעתו של ייפוי כוח מתמשך לפי סעיף 32בב לחוק לאחר כניסתו לתוקף, ימסור מיופה הכוח או מי מטעמו הודעה על כך לאפוטרופוס הכללי.

(ג) הודעות לפי תקנת משנה (א) יימסרו באמצעות המערכת הממוחשבת על פי אמצעי זיהוי ממוחשב או בהתייבשות במשרדי האפוטרופוס הכללי בהצגת פרטי זהותו של מוסר ההודעה.

18. ביטול ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות או מסמך הבעת רצון

(א) ביטול הממנה או עורך המסמך את ייפוי הכוח המתמשך, ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת הרצון שערך, לפי העניין, ימסור על כך הודעה בכתב לאפוטרופוס הכללי לפי סעיף 32כג(ב) לחוק.

(ב) הודעה כאמור בתקנת משנה (א) תימסר באמצעות המערכת הממוחשבת על פי אמצעי זיהוי ממוחשב או בהתייבשות במשרדי האפוטרופוס הכללי בהצגת פרטי זהותו של מוסר ההודעה, והיא תכלול את הפרטים האלה:

(1) פרטי הזהות של הממנה ושל מיופה הכוח;

(2) מועד מסירת הודעה למיופה הכוח או לאפוטרופוס שמיניו מתבקש, לפי העניין, על ביטול ייפוי הכוח המתמשך, ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת הרצון, בהתאמה.

(ג) התקבלה הודעה כאמור בתקנת משנה (א) – יירשם במרשם כי ייפוי הכוח המתמשך, ההנחיות המקדימות לאפוטרופוס או מסמך הבעת הרצון, לפי העניין, בוטל במועד שבו נמסרה הודעה כאמור בתקנת משנה (ב)(2).

פרק ח': הכשרת עורכי דין לעניין עריכת ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות ומסמך הבעת רצון

19. הכשרה לעורכי דין (א) האפוטרופוס הכללי יערוך הכשרה לעורכי דין אשר יהיו רשאים לערוך ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמך הבעת רצון לפי סעיפים 32ד(א), 35א(ה), 64ד(ד) ו-64א(ד) לחוק.

(ב) היקף ההכשרה יהיה שתיים עשרה שעות אקדמאיות לכל הפחות, והיא תכלול תחומים אלה:

(1) עניינים מהותיים הנובעים מיישום פרק שני 1 לחוק והתקנות על פי החוק ובכלל זה המשמעויות המשפטיות של ייפוי הכוח המתמשך, הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ומסמך הבעת רצון; עניינים שניתן לכלול במסמכים אלה; תנאים לכניסה לתוקף, פקיעה וביטול; עניינים שבהם תידרש הסמכה מפורשת ועניינים שבהם נדרש אישור בית המשפט;

(2) עניינים מינהליים הנובעים מיישום פרק שני 1 לחוק והתקנות על פי החוק ובכלל זה אופן עריכת ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות ומסמך הבעת רצון; דרך הפקדתם; קבלת ומסירת מידע בעניינים ומנגנון בירור תלונות;

(3) הנגשה והתאמות הנדרשות במתן שירות לאנשים עם מוגבלויות וזקנים;

(4) החלופות הקיימות בדיון לייפוי כוח מתמשך, לרבות הנחיות מקדימות לאפוטרופוס ותומך בקבלת החלטות.

(ג) עורך דין שנכח בכל שעות ההכשרה יקבל תעודה חתומה ביד האפוטרופוס הכללי המעידה על סמכותו לעריכת מסמכים לפי החוק.

(ד) האפוטרופוס הכללי ירשום וינהל מאגר עורכי דין שעברו הכשרה לעריכת מסמכים כאמור, אשר יהיה פתוח לעיון הציבור.

20. תחילתה של תקנה 10(ב) מהמילים "ערוכה לפי" ביום תחילתן של תקנות לפי סעיף 83(ב) לחוק.

תחילה

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 ממיפיה כוח אחד יש למלא את הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד וכן לציין אם הוא מיפיה כוח בנוסף/במשותף/חלופי למיפיה הכוח.

הנחיות מקדימות

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים 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 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 מיפיה 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 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 למיפיה הכוח

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

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 132(ג) לחוק

- ☐ ברצוני להסמיך את מיפיה 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.

מיוודעים ומסירת מידע

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

פרטי האדם המיוודע

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 המיוודע 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 הרכון 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

הנחיות מקדימות לצורך מינוי אפוטרופוס

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזהים של עורך ההנחיות המקדימות

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 עורך ההנחיות המקדימות

מבקש/ת 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 האפוטרופוס שמינוי מתבקש

אני מבקש כי אם יתקיימו התנאים בהם אודקק למינוי אפוטרופוס, כמפורט בסעיף 33א לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962 (להלן – החוק), יקוימו ההנחיות בעניינים האלה:

המצויינים מטה ימונו עלי באפוטרופוסים (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות):

☐ אפוטרופוס שאינו תאגיד:

שם פרטי שם משפחה

• מספר תעודת זהות ישראלית

• דרכון זר (במידה ואין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון ארץ הנפקת דרכון

☐ תאגיד אפוטרופוסות:

ח"פ/ע"ר/מס' הקדש: שם:

אני מבקש שהאפוטרופוס שימונה לי יוסמך לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה:

☐ בכל העניינים הרכושיים

☐ בעניינים הרכושיים 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 אישיים) פרט לעניינים אלה:
- ☐ בכל העניינים הרפואיים
- ☐ בעניינים הרפואיים האלה:
- ☐ בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה:
- הנחיות מקדימות לאפטרופוס**
- ☐ ברצוני לתת הנחיות מקדימות לאפטרופוס כדלקמן (סעיף רשות):

חתימות

חתימת עורך ההנחיות המקדימות

אני הח"מ מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן הנחיות מקדימות, מטרותיהן ותוצאותיהן וכי ההנחיות המקדימות ניתנו בהסכמה חופשית ומרצון, בלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

יום חודש שנה

שם פרטי שם משפחה

הסכמה והצהרה של האפטרופוס שמינוי מתבקש

אני החתום/ה מטה מצהיר בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש אפטרופוס של:

שם פרטי שם משפחה מספר מזהה

לאחר שהוסברה לי משמעותן של ההנחיות המקדימות לצורך מינוי אפטרופוס, לאחר שקראתי והבנתי את משמעותן, האחריות והסמכויות לפיהן, ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור של בית משפט.

אני מבקש לקבל הודעות מהאפטרופוס 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 האפוסטרופוס שמינוי מתבקש
- חתימת עו"ד שבפניו חתם מי שמתבקש מינוי כאפוסטרופוס**
- אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי שם מלא מס' מזזה
באתי על החתום: שם פרטי שם משפחה
- ☐ מס' תעודת זהות ישראלית
- ☐ דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת הדרכון
- מס' רישיון:
- חתימת עו"ד חותמת
- אימות והצהרה של עו"ד שבפניו נחתמו ההנחיות המקדימות**
- אני מצהיר בזה כי ביום חתם בפניי מס' זהות/דרכון על הנחיות מקדימות אלה וזאת לאחר ש –
- 1. זיהיתיו לפי תעודת הזהות או הדרכון ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.
- 2. מצאתי כי הוא –
- ☐ אינו אדם עם מוגבלויות הזקוק להתאמה.
- ☐ אדם עם מוגבלויות ואלה דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ההנחיות המקדימות:
- 1.
- 2.
- 3. הסברתי לעורך ההנחיות המקדימות בנוגע לפרטים שבחוק המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:
- ☐ המשמעויות המשפטיות של ההנחיות המקדימות;
- ☐ החלופות הקיימות בדין למינוי אפוסטרופוס, לרבות יפוי כוח מתמשך ותומך בקבלת החלטות;
- ☐ עניינים שניתן לכלול בהנחיות המקדימות ובכלל זה הגבלה לסוגי עניינים והוראות בעניין מסירת מידע;
- ☐ האפשרויות לבטל את ההנחיות המקדימות והעילות לפקיעתן;
- ☐ פעולות שהאפוסטרופוס שמינוי מתבקש לא יהיה רשאי לבצע ללא הסמכה מפורשת בהנחיות המקדימות כאמור בסעיף 47 לחוק.
- 4. נוכחתי לדעת כי עורך ההנחיות המקדימות מבין את משמעותן, מטרותיהן ותוצאותיהן והתרשמתי כי הוא בעל כשירות וכי ההנחיות המקדימות ניתנו בידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו עליו לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו.
- 5. התרשמתי כי מתקיימים בעורך ההנחיות המקדימות תנאי הכשירות הקבועים בחוק.
- 6. אני מצהיר שעברתי הכשרה לפי סעיף 32(א) לחוק.
- 7. אני מצהיר שאין לי עניין אישי במינוי המבוקש או בהנחיות המקדימות.
- באתי על החתום: שם פרטי: שם משפחה: מס' זהות: מס' רישיון:
- תאריך החתימה: יום: לחודש: בשנת:

מסמך הבעת רצון

(לפי סעיף 64 או 64א לחוק)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזהים של עורך המסמך

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 הדרכון

מקום מגורים קבוע: ארץ יישוב

פרטי התקשרות של עורך המסמך

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 האדם שעורך המסמך משמש לו אפוטרופוס

אני משמש כאפוטרופוס/אפוטרופוס למעשה 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 זר ארץ הנפקת הדרכון

תאריך לידה

הקרבה המשפחתית ביני לבין האדם שאני משמש לו אפוטרופוס היא כדלקמן:

פרטי האפוטרופוס המחליף

אני מבקש כי במועד שבו אחדל להיות מסוגל לדאוג או לקבל החלטות בענייניו של:

שם פרטי שם משפחה ימונה לו האפוטרופוס המצוין להלן:

☐ אפוטרופוס שאינו תאגיד (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 הדרכון

☐ תאגיד אפוטרופסות

ח"פ/ ע"ר/ מס' הקדש שם התאגיד

* ניתן לבקש מינוי של תאגיד אפוטרופסות רק לאדם בגיר

חתימות

חתימת עורך המסמך

אני החתום מטה מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מסמך הבעת הרצון, מטרותיו ותוצאותיו, וכי מסמך זה 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 עורך המסמך

הסכמה והצהרה של האפוטרופוס המחליף

אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש אפוטרופוס של:

שם פרטי שם משפחה מספר מזהה

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

חתימת עו"ד שבפניו חתם האפוטרופוס המחליף

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי שם מלא מספר מזהה

באתי על החתום

שם פרטי שם משפחה

☐ מס' תעודת זהות ישראלית

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

מספר רישיון:

חתימת עו"ד חותמת

חתימת עורך הדין שבפניו נחתם מסמך הבעת רצון

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי עורך המסמך מספר מזהה

1. זיהיתי את עורך המסמך לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.

2. מצאתי כי עורך המסמך –

☐ אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה

☐ אדם עם מוגבלות ואלה דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על מסמך הבעת

הרצון:

.....

☐ הסברתי לעורך המסמך בנוגע לפרטים שבחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות,

התשכ"ב-1962 (להלן – החוק), המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:

☐ המשמעויות המשפטיות של מסמך הבעת הרצון;

☐ החלופות הקיימות בדין למינוי אפוטרופוס, לרבות תומך בקבלת

החלטות;

- ☐ עניינים שניתן לכלול במסמך הבעת הרצון ובכלל זה הנחיות מקדימות, הוראות בעניין מסירת מידע והגבלה לסוגי עניינים;
- ☐ האפשרויות לבטל את מסמך הבעת הרצון והעילות לפקיעתו.
- 3. נוכחתי לדעת כי עורך המסמך מבין את משמעותו, מטרותיו ותוצאותיו של המסמך והתרשמתי כי הוא בעל כשירות וכי מסמך הבעת הרצון ניתן בידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו עליו לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו.
- 4. התרשמתי כי מתקיימים בעורך המסמך תנאי הכשירות הקבועים בחוק.
- 5. אני מצהיר שעברתי הכשרה לפי סעיף 32 לחוק.
- 6. אני מצהיר שאין לי עניין אישי במסמך הבעת הרצון.

באתי על החתום

יום..... חודש..... שנה.....

שם פרטי..... שם משפחה.....

מס' רישיון..... מס' תעודת זהות ישראלית.....

חותמת עורך הדין.....

טופס ד'

(תקנה 3א))

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

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

☐ ברצוני להסמך 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 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 דרכון
- ארץ יישוב 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 משפחה⁵

- ☐ 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:
-

⁵ קרוב משפחה – אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ר' הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

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 לאפוסטרופוס הכללי.

אני מבקש/ת לקבל הודעות מהאפוסטרופוס 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 שמספרו:

יום לחודש בשנת

שם פרטי שם משפחה

חתימת מיופה הכוח

חתימת עו"ד/ בעל מקצוע שבפניו חתם מיופה הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי מיופה הכוח 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 מס' 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 לכולל בו הנחיות מקדימות, והתרשמתי 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

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 שלהלן ואת תוצאותיה – אני מבקש להורות שמיפיה 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 ואלה דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על יפוי 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 מס' רישיון: מס' מומחה:

☐ מס' תעודת זהות ישראלית

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

חתימה חותמת

י"ג בניסן התשע"ז (9 באפריל 2017)

(חמ 5444-3)

איילת שקד

שרת המשפטים