

## מתן ייפוי כוח לטיפול רפואי

### **כל אדם עלול להיקלע למצב בו יזדקק לטיפול רפואי**

החוק קובע כי לשם מתן טיפול רפואי למטופל, יש צורך בקבלת הסכמתו מדעת ואנו דוגלים בזכותו של החולה לקבלת החלטות על גופו.

עם זאת כל אחד ואחת מאתנו עלול למצוא את עצמו במצב בו אין הוא מסוגל לקבל החלטות רפואיות בכוחות עצמו בעקבות תאונה או מחלה.

### **המערכת המשפטית מאפשרת לנו להתכונן למצבים אלו באמצעות מינוי מיופה כוח**

סעיף 16 לחוק זכויות החולה קובע כי מטופל רשאי למנות באדם כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו על קבלת טיפול רפואי. מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח מיוחד לעניין זה.

מינוי זה נועד למצב עתידי, בו לא תוכל להביע עמדתך ביחס לטיפול הרפואי המוצע. ייפוי הכוח מאפשר למנות אדם האמון עליך כמיופה כוח. תוכל לתת הנחיות מראש למיופה הכוח ובכך יישמע קולך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות בעניינך. מיופה הכוח ייצג אותך בפני המערכת הרפואית.

מינוי מיופה כוח מבטיח שבשעת הצורך ההחלטות המתקבלות על חייך ועל גופך יעלו במידת האפשר בקנה אחד עם ההעדפות והרצונות האישיים שלך ועל ידי אנשים שמונו על ידך.

ניתן למנות אדם בגיר, כשיר משפטית אשר מבין את משמעות התפקיד ומסכים למינוי.

ייפוי כוח יחסוך את הצורך למנות לאדם אפוטרופוס על ידי בית המשפט במקרה שמינוי כזה נחוץ לצורך ביצוע הטיפול הרפואי. ייפוי הכוח נועד למטרות טיפול רפואי בלבד, והוא מקנה לבא הכוח את הסמכויות שצוינו בו. הוא אינו משמש למטרות כספיות כלשהן. כוחו יפה לעשר שנים וניתן לבצע בו שינויים או לבטלו בכל עת.

אנו מודעים לקשיים במינוי מיופה כוח: קושי רגשי נפשי בהתמודדות עם אירועים בריאותיים מסכני חיים, חוסר מודעות של רוב הציבור לקיום אפשרות זו, חוסר יכולת לצפות את רצוננו בעתיד. ניתן להתגבר על קשיים אלו באמצעות פירוט רצונותיך ברמה הפרטנית והערכית.

אנו מכירים בחשיבות מינוי מיופה כוח וממליצים לך לבחור אדם הקרוב אליך, מכיר אותך, ואשר הנך חש בנוח לשוחח עמו על העדפותיך. יש להכין מספר עותקים, לשמור אותם אצל המטופל, מיופה הכוח, רופא מטפל ועוד (בהתאם לרצונך).

לרשותך צוות רב מקצועי מיומן בנושא, שיסייע לך לפתוח בשיח, להתמודד עם הנושא ולמלא טופס חשוב זה. ניתן לקבל עזרה במינוי מיופה כוח ובתהליך עצמו מהעובדות הסוציאליות בביה"ח.

**אנו מאחלים לך בריאות שלמה ואריכות ימים**

## ייפוי כוח לטיפול רפואי לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה

1. אני החתום מטה \_\_\_\_\_ בעל ת"ז מס' \_\_\_\_\_ שכתובתי \_\_\_\_\_ ממנה בזאת את \_\_\_\_\_ בעל ת"ז מס' \_\_\_\_\_ שכתובתו \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ (ואת \_\_\_\_\_ בעל ת"ז מס' \_\_\_\_\_ שכתובתו \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_) שניהם ביחד וכ"א לחוד, להיות בא(י) כוחי להסכים/לסרב במקומי לקבלת טיפול רפואי וזאת לפי הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה התשנ"ו 1996. (לא חובה למנות שני אנשים. מחק את המיותר)
2. יפויי כוח זה ייכנס לתוקף אם וכאשר, מכל סיבה שהיא, גופנית או נפשית, לא אוכל להביע את דעתי או לתת הסכמה מדעת לטיפול רפואי שידרש לי.
3. כוחו של ייפוי כוח זה יהיה יפה לעניינים הבאים\*:
- [ ] להסכים/לסרב במקומי לכל הליך וטיפול רפואי שידרש לי, לרבות טיפול הטעון הסכמה בכתב.
- [ ] להסכים/לסרב במקומי לטיפולים רפואיים המנויים להלן בלבד:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- [ ] (במידה ויידרשו טיפולים שאינם מנויים לעיל – יהיה צורך לפנות לבית המשפט) לבקש ולקבל מידע רפואי ו/או חוות דעת רפואית מכל מטפל שבדק אותי או טיפול או מטפל בי, ומכל מוסד רפואי בו טופלתי או הנני מטופל, כאשר מידע זה נחוץ לשם החלטה בדבר הטיפול בי.
- [ ] להחליט לגבי אישפוזי במוסד רפואי או סיעודי לרבות אישפוז כרוני בכפוף להוראות כל דין, או בסייגים הבאים: \_\_\_\_\_ (פרט) -
- [ ] לייצגני בפני ועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה, במידת הצורך.
4. על אף האמור לעיל, ולמען הסר ספק, בא הכוח **לא** יהיה רשאי לעשות בשמי כל פעולה כספית או התחייבות כספית, **ולא רשאי** לוותר בשמי על סודיות רפואית, למעט אם הדבר חיוני לצורך טיפול רפואי הדרוש לי ואשר לגביו הוא נדרש להחליט כבא כוחי.
5. תנאים ומגבלות על ייפוי הכוח:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. ייפוי כוח זה אינו מהווה ויתור על זכויותי, ואהיה רשאי לחזור בי מן המינוי או לבטלו בכל עת לפני שנכנס לתוקף, או אחרי כן אם אוכל להביע דעתי בעניין, על ידי מתן הודעה **בכתב** לבא הכוח, או למטפל, או לכל מוסד רפואי בו נשמר עותק של ייפוי הכוח, לפי העניין.

בנסיבות מיוחדות בהן לא ניתן יהיה לקבל ממני הודעה בכתב, אוכל להודיע על ביטול ייפוי הכוח בעל-פה בפני שני עדים, ובלבד שדברי והעדויות יתועדו בכתב סמוך ככל האפשר לאחר מכן.

7. הריני מוותר על כל תביעה וטענה שתהיה לי כנגד מטפל וכל אדם עקב הסתמכות בתום לב על ייפוי כוח זה, כל עוד לא קיבל הודעה על ביטולו.

8. יפויי כוח זה יפקע מאליו בתוך עשר שנים מהיום, או\*:

[ ] ביום \_\_\_\_\_ או

[ ] במקרה של: \_\_\_\_\_

לפי המועד המוקדם יותר, אלא אם חודש על ידי או נכנס לתוקף ונעשה בו שימוש כאמור בסעיף 2 לעיל, לפני המועד האמור לעיל.

ולראיה באתי על החתום, בדעה צלולה, מרצוני החופשי וללא לחץ או כפייה, היום, יום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ במקום:

\_\_\_\_\_ חתימת המטופל:

### הסכמת בא הכוח

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת"ז \_\_\_\_\_ מסכים להתמנות כבא כוחו של המטופל לעיל, לעניין טיפול רפואי, לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, ומאשר כי קראתי את ייפוי הכוח והבנתי את תפקידי וסמכויותי.

ידוע לי כי מוטל עלי לברר מראש, ככל שניתן, מהם רצונותיו של המטופל בנוגע לטיפולים רפואיים במצבים שונים, ולקיים את רצונותיו בנאמנות. ידוע לי כי שיקול דעתי ויכולתי לפעול מוגבלים לנושאים המוזכרים בייפוי הכוח, ובכפוף להנחיות המטופל, ככל שניתנו לי מראש, ולטובתו של המטופל.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בא הכוח: \_\_\_\_\_

### חתימת עד מאמת (רופא/עו"ס/אחות/פסיכולוג/עו"ד)

הריני לאשר כי הנ"ל חתמו בפני על ייפוי הכוח לאחר שבדקתי את זהותם כמיטב יכולתי, והתרשמתי כי הם מבינים את משמעות המסמך.

תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

\*\* סמן X במקום המתאים