

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 הסודיות 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. ייפוי 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