

ייפוי כוח לטיפול רפואי לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה

אני החתום מטה:

שם _____ ת.ז. _____ כתובת _____

ממנה בזאת את: שם _____ ת.ז. _____

מען מלא + מספר טלפון _____

(ואת: שם _____ ת.ז. _____

מען מלא+מספר טלפון _____)

(לא חובה למנות שניים)

שניהם ביחד וכ"א לחוד, להיות בא-כוחי להסכים או לסרב במקומי לקבלת טיפול רפואי.

ייפוי כוח זה יכנס לתוקף אם וכאשר, מכל סיבה שהיא, גופנית או נפשית, לא אוכל להביע דעתי או לתת הסכמה מדעת לטיפול הרפואי שיידרש לי.

כוחו של ייפוי כוח זה יהיה יפה לעניינים הבאים: (סמן X במקום המתאים).

להסכים/לסרב במקומי לכל הליך וטיפול רפואי שיידרש לי, לרבות טיפול הטעון הסכמה בכתב.

להסכים/לסרב במקומי לטיפולים רפואיים המנויים להלן בלבד:

ניתוחים החיאה טיפול לשיכוך כאבים הזנה מלאכותית

אחרים: נא לפרט _____

לבקש ולקבל מידע רפואי ו/או חוות דעת רפואית מכל מטפל/מוסד רפואי שבו טופלתי או הנני מטופל, כאשר מידע זה נחוץ לשם החלטה בדבר הטיפול בי.

להחליט לגבי אשפוזי במוסד רפואי או סיעודי לרבות אשפוז כרוני, בכפוף להוראות כל דין,

או בסייגים הבאים: _____ (פרט).

לייצגני בפני ועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה, במידת הצורך.

לתת הסכמתי לפעולות נוספות נלוות וקשורות לטיפול הרפואי.

למען הסר ספק, בא הכוח לא יהיה רשאי לעשות בשמי כל פעולה כספית או התחייבות כספית, ולא רשאי לוותר בשמי על הסודיות הרפואית, למעט אם הדבר חיוני לצורך טיפול רפואי הדרוש לי ואשר לגביו הוא נדרש להחליט כבא כוחי.

תנאים ומגבלות על ייפוי הכוח: _____

ייפוי כוח זה אינו מהווה ויתור על זכויותי, ואהיה רשאי לחזור בי מן המינוי או לבטלו בכל עת 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.

הריני מוותר על כל תביעה וטענה שתהיה לי כנגד מטפל וכל אדם עקב הסתמכות בתום לב על ייפוי כוח זה.

ייפוי כוח זה יפקע מאליו בתוך עשר שנים מהיום, או:

ביום _____ או: _____ במקרה ש: _____

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 _____ לחודש _____ שנה _____

במקום _____

חתימת המטופל _____

הסכמת בא הכוח

אני החתום מטה:

שם _____ ת.ז. _____

מסכים להתמנות כבא כוחו של המטופל לעיל, לעניין טיפול רפואי לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, לאחר שקראתי 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 רצונות המטופל 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 _____