



תאריך הדפסת האישור: 02/07/2017

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 קבע	ארץ	ישוב

פרטי התקשרות של הממנה

מבקש לקבל תזכורות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים הבאות:

כתובת דואר	ארץ	ישוב	רחוב
מספר	כניסה	מיקוד	מספר ת.ד.
מיקוד ת.ד.			

בכתבת הדואר האלקטרוני

בשליחת מסרון לטלפון נייד

פרטי מיזפה הכוח

אני ממנה ומייפה את כוחו של

1.

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות
---------	----------	------------

אני מצהיר/ה כי ביני לבין מיזפה הסמך קיימת הקרבה המשפחתית הבאה:

אני מצהיר/ה כי בין מיזפה הסמך לבני ישנה זיקה כדלקמן:

מקצוע	מקצוע אחר	מספר רישיון
-------	-----------	-------------

קרבה אחרת (חבר, מכר)

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

בכל העניינים הרשמיים

הנחיות מקדימות למיזפה הכוח



תאריך הדפסת האישור 02/07/2017

מועד הכניסה לתוקף של יפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים בהם ייפוי הכוח

יחזע לי כי בהעדר הוראה מיוחדת הקביעה כי איני מסוגל להבין בדבר תהיה על פי חוות דעת מומחה לפי חוק הכשחות המשפטית והאפוטחפסות, התשכ"ב-1962 (להלן – החוק). אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי איני מסוגל להבין בעניינים אלה (סלם או חלקם) כדלקמן (סעיף רשות):

מועד הכניסה לתוקף לעניינים הרששיים סלם/חלקם (לפי הפחט) יהיה בתאריך (סעיף רשות) 02/07/2017

ברצני לקבוע כי יהיה על מיפה הסח לידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הדעה לאפוטחפוס הכללי על כניסת יפוי הסח לתוקף.

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

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 32(ג) לחוק

ברצני להסמך את מיפה הסח גם בעניינים האלה שבהם נדרשת הסמכה מפורשת (סעיף רשות):

ברצני להסמך את מיפה הסח לתת הסכמה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

אני מבקש להורות כי מיפה הסח לא יהיה מוסמך לקבל החלטות בעניינים הנגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה ולקבלת מידע במגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

ברצני להסמך את מיפה הסח לתת הסכמה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, גם אם במועד שבו נתבקש הסכמתו של מיפה הסח אתנגד לכך, וזאת לאחר שקיבלתי הסבר על כך מפסיכיאטר וחתמתי בפניו.

הנחיות לעניין פקיעת תוקפו של יפוי הכוח

יחזע לי כי יפוי הסח יפקע אם יחדלו להתקיים במיפופה הסח תנאי הכשחות שבחוק או אם מיפופה הסח יודיע לי או לקרבי בכתב כי אינו משנין לשמש כמיפה סח או בהתקיים התנאים הקבועים בסעיף 32כב לחוק.

נסיבות אחרות לפקיעת יפוי הסח (סעיף רשות):



תאריך הדפסת האישור 02/07/2017

ברצמי לקבע כי יפוי הסמך המתמשך יעמוד בתוקפו גם אם אודיע על רצוני לבטל כשלא אהיה בעל כשיחות לחתום על יפוי סמך.

מידעים ומסירת מידע

ברצמי כי מיופה הסמך ידאח על פעולותיו לאפטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפטרופוס הכללי (לא חובה)

מסירת מידע לקרובי משפחה

ברצמי כי קרוב משפחתי יהיו זכאים למידע בהתאם להוראות החוק

אני מצהיר/ה כי ביום חתמתי על יפוי סמך למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי

אני מצהיר/ה כי ביום הפקדתי את יפוי הסמך הרפואי במשרד הבריאות

מסמכים מצורפים



תאריך הדפסת האישור 02/07/2017

חתימות

חתימת הממנה

הנני הח"מ מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן י"פ הסח, מטרתו ותוצאותיו וכי י"פ הסח ניתן בהסכמה חופשית ומרצון, מבלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

יום	חודש	שנה
שם פרטי	שם משפחה	

חתימת הממנה

1. הסכמת והצהרת מיזפי הכוח

הנני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיזפה סח של: שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר זהוי _____

לאחר שהוסברה לי משמעות י"פ הסח ולאחר שקראתי והבנתי את משמעותו, האחריות והסמכויות לפיו. ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור בית משפט. אני שמדל/ת בתנאי הכשירות לשמש מיזפה סח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.

אני מבקש/ת לקבל הדעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

כתבת דואר	ארץ	ישוב	רחוב
-----------	-----	------	------

מספר	כניסה	מיקוד	מספר ת.ד.	מיקוד ת.ד.
------	-------	-------	-----------	------------

בכתבת הדואר האלקטרוני

בשליחת מסרון לטלפון נייד

שם פרטי של מיזפה הסח	שם משפחה של מיזפה הסח	תעודת זהות
----------------------	-----------------------	------------

חתימת מיזפה הכוח

אימות והצהרת העו"ד בפניו חתום/ה מיזפה הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום _____	חתום/ה בפני מיזפה הכוח	תעודת זהות
---------------------------	------------------------	------------

לאחר שקרא/ה את י"פ הסח המתמשך, הבין/ה את משמעותו, אחריותו וסמכויותו לפיו.

באתי על החתום

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

מספר רישון	תעודת זהות
------------	------------

חתימת עו"ד שבפניו חתום מיזפה סח חותמת

חתימת עורך הדין שבפניו נחתם י"פ הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום _____	חתום בפני הממנה	מספר זהוי
---------------------------	-----------------	-----------

1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרסן הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה מכחתי כי הוא בגיר.

2. מצאתי כי הממנה:



תאריך הדפסת האישור 02/07/2017

אדם עם מוגבלויות הזקוק להתאמה.

אדם עם מוגבלויות ואל דרכי ההתאמה שנקטו על ידי בעת החתימה על ההנחיות המקדמות:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	מספר רישיון

3. הסברתי לממנה כי באפשרות אדם שתימסר לו הודעה על כניסת יפוי הסח לתוקף, אדם מיועד שיקבל דיווח כמפורט לעיל, ואת היקף המידע שיימסר לו ולקחב משפחת של הממנה.

4. הסברתי לממנה כי האדם המיועד אים יכול להיות קרוב משפחה של מיזפה הסח (אלא אם כן מיזפה הסח הוא קרוב משפחה של הממנה).

5. הסברתי בנפרד לממנה במגע לפרטים שבחוק המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:

א. המשמעות המשפטיות של יפוי סח מתמשך

א. החלטות הקיימות בדיון ליפוי סח מתמשך, לרבות הנחיות מקדמות לאורך מימי אפוטרוס, החלטות עתידיות שיתקבלו בשם או פעולות שיינקטו בשם על ידי האפוטרוס, ותמך בקבלת החלטות

א. עניינים שניתן לכלול ביפוי סח מתמשך ובכלל זה הוראות לעניין מועד כניסתו לתוקף, הנחיות מקדמות, הגבלה לסוגי עניינים והוראות בעניין ידוע ומסירת מידע.

א. פעולות שמיזפה הסח לא יהיה רשאי לבצע ללא הסמכה מפורשת ביפוי הסח כאמור בסעיף 32(ג) לחוק

א. כי מיזפה הסח לפי יפוי סח מתמשך, גם אם הוא לעניינים בריאותיים - אים מוסמך לקבל החלטות, לתת הוראות או לבצע פעולות הקשורות לטיפול רפואי בסוף החיים, לפי חוק החולה המטה למות, התשס"ו-2005

א. פעולות שמיזפה הסח לא יהיה רשאי לבצע ללא אישור בית המשפט מראש כאמור בסעיף 32(ד) לחוק

א. האפשרויות לבטל את יפוי הסח או לקבוע שהוא יעמוד בתוקפו גם אם הממנה יבקש לבטל כשלא יהיה בעל כשירות.

6. מכחתי לדעת כי הממנה מבין את משמעות יפוי הסח, מטרתו ותוצאותיו והתרשמות כי הממנה הוא בעל כשירות וכי יפוי הסח ניתן על ידו בהסכמה חפשית ומרצן בלא שהופעל על הממנה לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא פיצול מצוקת או חולשת של הממנה.

7. התרשמות כי מתקיימים בממנה תנאי הכשירות הקבועים בחוק.

8. אני מצהיר/ה שעברתי הכשרה לפי סעיף 32(ד) לחוק.

9. אני מצהיר/ה שאין לי עניין אישי ביפוי הסח.

באתי על החתום

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	מספר רישיון
תאריך החתימה:	יום	לחודש	בשנת
חותמת			