

צורך לדבר לפני המשבר...

חוק זכויות החולה קובע כי לשם מתן טיפול רפואי למטופל יש צורך בקבלת הסכמתו מדעת.

ישנם מצבים בהם אדם זקוק לטיפול רפואי, אך נמצא במצב בו הוא אינו מסוגל לתת את הסכמתו מדעת לטיפול בו, כגון דמנציה, חוסר הכרה או מצב פסיכוטי. במצב שכזה, יהיה צורך במינוי אפוטרופוס ע"י בית משפט, אלא אם כן דאג המטופל מבעוד מועד לייפוי כח.

מה הוא ייפוי כח?

ייפוי כח הוא מסמך משפטי (סעיף 16 בחוק זכויות החולה) שבאמצעותו קובע המטופל, בעוד דעתו צלולה והוא מסוגל לקבל החלטות, את מי הוא ממנה להחליט בענייניו הרפואיים. על המטופל לבחור באדם הקרוב לו והמכיר את אמונתו, העדפותיו והשקפת עולמו.

המינוי נועד למצב עתידי, צפוי או לא צפוי, בו המטופל לא יוכל להביע את עמדתו ביחס לטיפול המוצע. המטופל יתן הנחיות מראש למיופה הכח שלו, ובכך ישמע קולו בתהליך קבלת ההחלטות.

מיופה הכח יכול להיות בן משפחה, חבר קרוב, או כל אדם בוגר אחר (מעל גיל 18) אשר בו בוחר המטופל להפקיד את הסמכות להחליט בענייניו הרפואיים.

יש לדעת כי סמכותו של המטופל להחליט בענייני עצמו אינה מתבטלת עם החתימה על טופס יפוי הכח, אלא יפוי הכח יכנס לתוקף אך ורק באם המטופל נקלע למצב בו הוא אינו כשיר להחליט - זאת על פי החלטת רופא/ פסיכיאטר. תוקפו של יפוי הכח הפיך-בהתאם לשינויים במצבו התודעתי של המטופל. בכל מקרה תוקפו של יפוי הכח הוא ל-10 שנים מיום החתימה עליו (אלא אם כן במעמד החתימה נקבע אחרת).

יפוי הכח לפי חוק זכויות החולה נועד למטרות טיפול רפואי בלבד, והוא מקנה למיופה הכח רק את הסמכויות שצוינו בו. הוא אינו משמש למטרות כספיות למיניהן. וכך גם להפך - יפוי כח שנועד לצרכי רכוש, אינו תקף לצורך טיפול רפואי.

לקבלת מידע בנושא, פנו למרכז הרפואי שערי צדק, מסלול אגודת בנות ציון.

אנו מאחלים לך בריאות טובה

צוות השרות הסוציאלי
ביה"ח שערי צדק

ייפוי כח לטיפול רפואי לפי סעיף 61 לחוק זכויות החולה

אני החתום מטה _____

שם _____ ת.ז. _____

מ- _____

מען מלא _____

ממנה בזאת את _____

שם _____ ת.ז. _____

מ- _____

מען מלא _____

ו/או את: _____

שם _____ ת.ז. _____

מ- _____

מען מלא _____

(ניתן למנות יותר מאחד, אולם יש לקבוע כללים למקרה של חילוקי דעות) כל אחד מהם בנפרד להיות באי-כוחי להסכים או לסרב בשמי ובמקומי לקבלת טיפול רפואי.

2. ייפוי כוח זה יכנס לתוקף אם בעת שתדרש הסכמתי לטיפול רפואי, לא אהיה כשר לתת הסכמה זו בשל מצבי הגופני או הנפשי.

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

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

להסכים/לסרב במקומי לטיפולים רפואיים המנויים להלן בלבד:

ניתוחים

החיאה

טיפול לשיכוך כאבים

הזנה מלאכותית

הקרנות/כימותרפיה

חיבור למכונת הנשמה

טיפול רפואי מאריך חיים מכל סוג

דיאליזה

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 על אשפוזי במוסד רפואי או סיעודי לרבות אשפוז כרוני, בכפוף להוראות כל דין, או בסייגים הבאים: _____

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

לתת הסכמתי לפעולות נוספות נלוות וקשורות לטיפול הרפואי.

4. 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.

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 על ידי מתן הודעה בכתב לבא הכוח, או למטפל, או לכל מוסד רפואי בו נשמר עותק של ייפוי הכוח, לפי העניין, או על-ידי מתן ייפוי כח חדש. 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. אני פוטר בזה מאחריות לתוצאות השימוש בייפוי הכוח את מיופה כוחי ואת כל מי שיפעל על סמך ייפוי כוח זה, ובלבד שפעלו בתום לב.

8. 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.

9. בנוסף לייפוי כח זה:

חתמתי גם על ייפוי כח לפי חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו 2005

נתתי הנחיות מקדימות

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 כמפורט לעיל, לאחר
שקראתי את ייפוי הכוח והבנתי את תפקידי וסמכויותיי.

ידוע לי כי מוטל עלי לברר מראש, ככל שניתן, מהו רצונו 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-הכח _____

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

הריני לאשר כי הנ"ל חתם/ה בפני על ייפוי הכוח לאחר שבדקתי את זהותו/ה כמיטב
יכולתי, והתרשמתי כי הוא/היא מבין/נה את משמעות המסמך.

תאריך _____ חותמת _____ חתימה _____

הערות כלליות:

מייפה הכוח ובא הכוח חייבים להיות בגירים, צלולים ומבינים את משמעות המינוי. קטין, ומי שאינו מסוגל
לתת הסכמה מדעת מכל סיבה, אינו יכול למנות לעצמו בא-כוח ואינו כשר להתמנות לבא-כוח.
על המטופל לקבל את הסכמת בא הכוח למינויו.
ניתן למנות יותר מבא כוח אחד, שותפים או חלופיים. אין זה מומלץ לקבוע שני באי-כוח במשותף, אך במידה
שמונו כך - יש לציין זאת ולקבוע בייפוי הכוח הוראות לעניין שיתוף פעולה ביניהם, הכרעה במחלוקות וכיצד
לנהוג במקרה שאחד מהם בלתי נגיש.
יש לידע גורמים רלבנטיים על קיומו של ייפוי הכוח לפי הצורך, כגון בעת הפניה לאשפוז, השמה במוסד. רצוי
להפקיד עותקים מייפוי הכוח בידי הרופאים המטפלים.

