



מתן ייפוי כוח לטיפול רפואי

הדרכה למטופל וטפסים למילוי

כל אדם עלול להיקלע למצב בו יזדקק לטיפול רפואי.

כל אדם עלול להיקלע למצב בו לא יוכל לקבל החלטות.

א. בן 86, הגיע לבית החולים מחוסר הכרה. מצבו הרפואי חייב ניתוח. בנו ד. נאלץ לפנות לבית המשפט על מנת להתמנות כאפוטרופוס, מכיוון שאביו לא היה מסוגל לתת הסכמה. גם לאחר שקיבל אפוטרופוסות והסכים לניתוח, לא היה משוכנע כי הוא ממלא את רצון אביו, שכן מעולם לא קיימו דיון בנושא רגיש זה.

צ. בן 45, הגיע לבית החולים לאחר תאונת דרכים קשה. הוא היה מחוסר הכרה, פצוע קשה והרופאים המליצו לקטוע את רגלו. התעורר ויכוח בין אשתו שהתנגדה לקטיעה לבין הוריו, שגרסו כי יש לקטוע. אילו דאג צ. למנות מיופה כוח, היה הוויכוח נמנע.

החוק קובע כי לשם מתן טיפול רפואי למטופל יש צורך בקבלת הסכמתו מדעת.

סעיף 16 לחוק זכויות החולה קובע כי מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי.

מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח מיוחד לעניין זה.

המינוי נועד למצב עתידי, צפוי או בלתי צפוי, בו המטופל לא יוכל להביע עמדתו ביחס לטיפול הרפואי המוצע. ייפוי הכוח מאפשר לו למנות אדם האמון עליו כמויפה כוחו. המטופל ייתן הנחיות מראש למיופה הכוח שלו, ובכך יישמע קולו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות בעניינו.

ייפוי כוח יחסוך את הצורך למנות לאדם אפוטרופוס ע"י בית המשפט, במקרה שמינוי כזה נחוץ לצורך ביצוע הטיפול הרפואי.

ייפוי כוח לפי חוק זכויות החולה נועד למטרות טיפול רפואי בלבד, והוא מקנה לבא-כוח רק את הסמכויות שצוינו בו. הוא אינו משמש למטרות כספיות למיניהן. ייפוי כוח שנועד לצרכי רכוש, אינו תקף לצורך טיפול רפואי.

רוב האנשים מתייחסים לעתיד רכושם, וכותבים צוואה אך נוטים להתעלם מקבלת החלטות על גופם. יתכן, והעובדה שמדובר בנושא הטעון רגשית, הנטייה הטבעית היא לא לדבר עליו.

המרכז הרפואי וולפסון מכיר בחשיבות זכותו של החולה לקבל החלטות הנוגעות לגופו והטיפול בו.

המרכז הרפואי וולפסון מכיר בחשיבות תהליך מינוי מיופה כוח, ומודע לקשיים הנלווים אליו.

לכן עומד לרשותכם צוות רב מקצועי ומיומן בנושא. כמו כן, הוכנו עבורכם טפסים מתאימים, ומספר עצות לאופן הטיפול בנושא.

אנו מאחלים לך בריאות טובה.



איך מדברים על זה?

יש נושאים שעליהם קשה לדבר. מצב בו אנו או יקירנו נאבד את היכולת להחליט על גורלנו, הוא אולי הקשה מכולם. להלן מספר קווים מנחים, שיסייעו לנהל שיחה חשובה זו ובסיומה למלא את ייפוי הכוח.

איך מעלים את הנושא?

חשוב לבחור בקפידה את המקום והזמן, ולקיים את השיחה בנינוחות וללא לחץ. יוזם השיחה חייב לגבש את עמדתו, ולבחון אם בני שיחו פתוחים לשיחה הצפויה.

במשפחות המתקשות לשוחח באופן גלוי על הנושא, מומלץ למצוא סיבה להעלאתו: מותו של חבר או קרוב, מאמר שהתפרסם בנושא, סרט טלוויזיה שעוסק בנושא, בדיקה רפואית, הכנת צוואת רכוש וכד'.
לעיתים, יכול יוזם השיחה להכין לעצמו ייפוי כוח, ולהציע למשתתפים האחרים: מדוע לא תכינו גם אתם מסמך דומה?

על מה מדברים?

רצוי להתחיל בשיחה "מהקל לכבד". לבחון קודם כל סוגיות כגון הסכמה לניתוח או טיפול: מה יהיה אם תיפגע בתאונה, ותזדקק לניתוח שאחריו תחזור לפעילות מלאה. לאחר מכן לעבור לסוגיות יותר מורכבות ומאיימות יותר: החיאה, הזנה מלאכותית, הארכת החיים כאשר נגיע למצב סופני ומתן טיפולים שכתוצאה מהם נהפוך תלויים באחרים בכל מעשינו.

איך מקבלים החלטות?

על סמך השיחה והנושאים שנידונו, כדאי לסכם את הנקודות המוסכמות: את מי היית רוצה למנות כמיופה כוח? אילו החלטות היית רוצה שיקבל עבורך בנושאים הקשורים לבריאותך ולגופך? (אפשר להיעזר בפרטים המופיעים בטופס שלהלן). מה חשוב לך שמיופה הכוח ידע לגבי רצונותיך, אמונותיך ועמדותיך?

מילוי הטופס

מומלץ למלא במקביל טפסים עבור כל בני המשפחה הבוגרים – יש ליידיע את כולם שניתן בכל עת לבצע שינויים בייפוי הכוח או לבטלו לחלוטין.

היכן שומרים את הטופס?

יש להכין מספר עותקים, ולשמור אותם אצל מייפה הכוח, מיופה הכוח, בני משפחה נוספים, רופא מטפל, תיק רפואי ועותק נוסף אצל עורך הדין, בצמוד לצוואת הרכוש.

חשוב לדעת

חולה נוטה למות, (מי שתוחלת חייו למרות טיפול רפואי אינה עולה על שישה חודשים), ימלא ייפוי כוח נוסף כמתבקש על פי החוק. קיים גם ייפוי כוח משולב התופש הן לחולה נוטה למות והן לחולה במצבים אחרים שבהם אינו יכול לתת הסכמתו לטיפול.

לידיעתכם, ניתן לקבל עזרה במינוי מיופה כוח ובתהליך עצמו מהעובדות הסוציאליות המיומנות בנושא

מחלקה לעבודה סוציאלית: טל': 03-5028455 טל' פנימי: 8455



ייפוי כוח לטיפול רפואי לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה

ייפוי כוח זה אינו מתאים למי שהינו או יהיה "חולה נוטה למות" שהוא אדם שתוחלת חייו- למרות טיפול רפואי- אינה עולה על ששה חודשים ל"חולה נוטה למות" קיים נוסח אחר

1. אני החתום מטה _____ שם _____ ת.ז. _____ מ- _____ מען מלא _____

ממנה בזאת את _____ שם _____ ת.ז. _____ מ- _____ מען מלא _____

ואת: _____ שם _____ ת.ז. _____ מ- _____ מען מלא _____
(לא חובה למנות שניים)

כל אחד מהם בנפרד להיות בא-כוחי להסכים או לסרב בשמי ובמקומי לקבלת טיפול רפואי. במקרה של חילוקי דעות ביניהם תהיה דעתו של _____ הקובעת.

2. ייפוי כוח זה יכנס לתוקף אם בעת שתידרש 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 שיידרש לי, לרבות טיפול הטעון הסכמה בכתב.
- [] להסכים/לסרב במקומי לטיפולים רפואיים המנויים להלן בלבד:
- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| [] ניתוחים | [] הקרנות / כימותרפיה |
| [] החיאה | [] חיבור למכונת הנשמה |
| [] טיפול לשיכוך כאבים | [] טיפול רפואי מאריך חיים מכל סוג |
| [] 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 על 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.

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 לגביו הוא נדרש להחליט כבא כוחי.

5. תנאים ומגבלות על ייפוי הכוח:



6. ייפוי כוח זה אינו מהווה ויתור על זכויותיי, 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-כוח 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 כח 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-כוח זה :

[] חתמתי גם על ייפוי-כוח לפי חוק החולה הנוטה למות,
[] נתתי הנחיות מקדימות

ולראיה באתי על החתום, בדעה צלולה, מרצוני החופשי וללא לחץ או כפייה

היום _____ לחודש _____ שנה _____ במקום _____

טלפון _____ נייד _____
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-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. נותן ייפוי הכוח נראה מדבר לעניין וללא סימנים להפעלת לחץ עליו.

תאריך _____ חותמת _____ חתימה _____

מען _____ טלפון _____ נייד _____