

- בכל העניינים הרכושיים
- בעניינים הרכושיים האלה:
- בכל העניינים הרכושיים פרט לעניינים אלה:
- בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים)
- בעניינים האישיים (לא כולל עניינים רפואיים) האלה:
- בכל העניינים האישיים (לא כולל עניינים אישיים) פרט לעניינים אלה:
- בכל העניינים הרפואיים
- בעניינים הרפואיים האלה:
- בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה:
- הנחיות מקדימות לאפוטרופוס
- ברצוני לתת הנחיות מקדימות לאפוטרופוס כדלקמן (סעיף רשות):

חתימות

חתימת עורך ההנחיות המקדימות

אני הח"מ מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן הנחיות מקדימות, מטרתיהן ותוצאותיהן וכי ההנחיות המקדימות ניתנו בהסכמה חופשית ומרצון, בלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

יום חודש שנה

שם פרטי שם משפחה

הסכמה והצהרה של האפוטרופוס שמינויו מתבקש

אני החתום/ה מטה מצהיר בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש אפוטרופוס של:

שם פרטי שם משפחה מספר מזהה

לאחר שהוסברה לי משמעותן של ההנחיות המקדימות לצורך מינוי אפוטרופוס, לאחר שקראתי והבנתי את משמעותן, האחריות והסמכויות לפיהן, ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור של בית משפט.

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

* יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות

בכתובת דואר: ארץ יישוב רחוב מספר

ת"ד מיקוד ת"ד

בכתובת דואר אלקטרוני:

טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים):

- לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:
- לכתובת הדואר האלקטרוני הזו:
- במסרון לטלפון נייד שמספרו:
- יום לחודש בשנת
- שם פרטי שם משפחה
- חתימת האפוטרופוס שמינוי מתבקש
- חתימת עו"ד שבפניו חתם מי שמתבקש מינוי כאפוטרופוס**
- אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי שם מלא מס' מזהה
- באתי על החתום: שם פרטי שם משפחה
- מס' תעודת זהות ישראלית
- דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת הדרכון
- מס' רישיון:
- חתימת עו"ד חותמת
- אימות והצהרה של עו"ד שבפניו נחתמו ההנחיות המקדימות**
- אני מצהיר בזה כי ביום חתם בפניי מס' זהות/דרכון על הנחיות מקדימות אלה וזאת לאחר ש –
1. זיהיתו לפי תעודת הזהות או הדרכון ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.
2. מצאתי כי הוא –
- אינו אדם עם מוגבלויות הזקוק להתאמה.
- אדם עם מוגבלויות ואלה דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ההנחיות המקדימות:
1.
2.
3. הסברתי לעורך ההנחיות המקדימות בנוגע לפרטים שבחוק המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:
- המשמעויות המשפטיות של ההנחיות המקדימות;
- החלופות הקיימות בדין למינוי אפוטרופוס, לרבות יפוי כוח מתמשך ותומך בקבלת החלטות;
- עניינים שניתן לכלול בהנחיות המקדימות ובכלל זה הגבלה לסוגי עניינים והוראות בעניין מסירת מידע;
- האפשרויות לבטל את ההנחיות המקדימות והעילות לפקיעתן;
- פעולות שהאפוטרופוס שמינוי מתבקש לא יהיה רשאי לבצע ללא הסמכה מפורשת בהנחיות המקדימות כאמור בסעיף 47 לחוק.
4. נוכחתי לדעת כי עורך ההנחיות המקדימות מבין את משמעותן, מטרותיהן ותוצאותיהן והתרשמתי כי הוא בעל כשירות וכי ההנחיות המקדימות ניתנו בידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו עליו לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו.
5. התרשמתי כי מתקיימים בעורך ההנחיות המקדימות תנאי הכשירות הקבועים בחוק.
6. אני מצהיר שעברתי הכשרה לפי סעיף 32(א) לחוק.
7. אני מצהיר שאין לי עניין אישי במינוי המבוקש או בהנחיות המקדימות.
- באתי על החתום: שם פרטי: שם משפחה: מס' זהות: מס' רישיון:
- תאריך החתימה: יום: לחודש: בשנת:

מסמך הבעת רצון

(לפי סעיף 64 או 64א לחוק)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזהים של עורך המסמך

אני החתום מטה (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות),

שם פרטי שם משפחה

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת הדרכון

מקום מגורים קבוע: ארץ יישוב

פרטי התקשרות של עורך המסמך

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

* יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות

כתובת דואר: ארץ יישוב רחוב

מספר כניסה מיקוד מס' ת"ד מיקוד ת"ד

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים):

לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:

לכתובת הדואר האלקטרוני הזו:

במסרון לטלפון נייד שמספרו:

פרטי האדם שעורך המסמך משמש לו אפוטרופוס

אני משמש כאפוטרופוס/אפוטרופוס למעשה של (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת

הזהות): שם פרטי שם משפחה

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת הדרכון

תאריך לידה

הקרבה המשפחתית ביני לבין האדם שאני משמש לו אפוטרופוס היא כדלקמן:

פרטי האפוטרופוס המחליף

אני מבקש כי במועד שבו אחדל להיות מסוגל לדאוג או לקבל החלטות בענייניו של:

שם פרטי שם משפחה ימונה לו האפוטרופוס המצוין להלן:

אפוטרופוס שאינו תאגיד (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות)

שם פרטי שם משפחה

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת הדרכון

תאגיד אפוטרופסות

ח"פ/ ע"ר/ מס' הקדש שם התאגיד

* ניתן לבקש מינוי של תאגיד אפוטרופסות רק לאדם בגיר

חתימות

חתימת עורך המסמך

אני החתום מטה מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מסמך הבעת הרצון, מטרותיו ותוצאותיו, וכי מסמך זה ניתן בהסכמה חופשית ומרצון, בלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

יום חודש שנה

שם פרטי שם משפחה

חתימת עורך המסמך

הסכמה והצהרה של האפוטרופוס המחליף

אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש אפוטרופוס של:

שם פרטי שם משפחה מספר מזהה

לאחר שהוסברה לי משמעות מסמך הבעת הרצון, לאחר שקראתי והבנתי את משמעותו, האחריות והסמכויות לפיו, ולאחר שהוסבר לי מהם העניינים שאינם בסמכותי ומהם העניינים המחייבים אישור של בית משפט.

חתימת עו"ד שבפניו חתם האפוטרופוס המחליף

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי שם מלא מספר מזהה

באתי על החתום

שם פרטי שם משפחה

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת הדרכון

מספר רישיון:

חתימת עו"ד חותמת

חתימת עורך הדין שבפניו נחתם מסמך הבעת רצון

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי עורך המסמך מספר מזהה

1. זיהיתי את עורך המסמך לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.

2. מצאתי כי עורך המסמך –

אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה

אדם עם מוגבלות ואלה דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על מסמך הבעת

הרצון:

.....

הסברתי לעורך המסמך בנוגע לפרטים שבחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות,

התשכ"ב-1962 (להלן – החוק), המפורטים להלן, והוא הבין את הסבריי:

המשמעויות המשפטיות של מסמך הבעת הרצון;

החלופות הקיימות בדין למינוי אפוטרופוס, לרבות תומך בקבלת

החלטות;

- עניינים שניתן לכלול במסמך הבעת הרצון ובכלל זה הנחיות מקדימות, הוראות בעניין מסירת מידע והגבלה לסוגי עניינים;
 - האפשרויות לבטל את מסמך הבעת הרצון והעילות לפגיעתו.
3. נוכחתי לדעת כי עורך המסמך מבין את משמעותו, מטרתו ותוצאותיו של המסמך והתרשמתי כי הוא בעל כשירות וכי מסמך הבעת הרצון ניתן בידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו עליו לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו.
 4. התרשמתי כי מתקיימים בעורך המסמך תנאי הכשירות הקבועים בחוק.
 5. אני מצהיר שעברתי הכשרה לפי סעיף 32 צידד לחוק.
 6. אני מצהיר שאין לי עניין אישי במסמך הבעת הרצון.

באתי על החתום

יום..... חודש..... שנה

שם פרטי..... שם משפחה

מס' רישיון..... מס' תעודת זהות ישראלית

חותמת עורך הדין

טופס ד'

(תקנה 3א))

יפוי כוח רפואי

(לפי סעיף 32טו לחוק וסעיף 16 לחוק זכויות החולה)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך הוא מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים מזוהים של הממנה

אני החתום מטה (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות),

שם פרטי..... שם משפחה

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר

.....

מקום מגורים קבוע: ארץ..... יישוב

פרטי התקשרות של הממנה

אני מבקש לקבל הודעות מהאפוטרופוס הכללי באחת מהדרכים האלה:

*יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות

כתובת דואר: ארץ..... יישוב..... רחוב..... מספר..... כניסה

מיקוד..... מספר ת"ד..... מיקוד ת"ד

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים):

לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:

אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו:

במסרון לטלפון נייד שמספרו:

פרטי מיופה הכוח

אני ממנה ומייפה את כוחו של (יש להזין את השם כפי שמופיע בתעודת הזהות)

שם פרטי שם משפחה

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון ארץ הנפקת דרכון

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש קרבה משפחתית: כן סוג קרבה: / לא

אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני יש זיקה אחרת כדלקמן:

איש מקצוע (פרט את המקצוע) מספר רישיון (יש לסמן רק אם מיופה הכוח נבחר בשל היותו איש מקצוע)

קרבה אחרת (חבר, מכר, אחר):

אני מייפה את מיופה כוחי לקבל החלטות, לבצע פעולות ולייצג אותי בעניינים האלה (נא לסמן את אחת האפשרויות):

בכל העניינים הרפואיים

בעניינים הרפואיים האלה:

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה:

במקרה של יותר ממיופה כוח אחד יש למלא את הפרטים לגבי כל אחד מהם בנפרד וכן לציין אם הוא מיופה כוח בנוסף/במשותף/חלופי למיופה הכוח.

הנחיות מקדימות

הנחיות בעניין כניסת ייפוי הכוח לתוקף

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים הרפואיים שבהם ניתן ייפוי הכוח.

ידוע לי כי בהעדר הוראה מיוחדת הקביעה כי איני מסוגל להבין בדבר תהיה על פי חוות דעת מומחה לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962 (להלן – החוק).

אני מבקש לקבוע הוראה מיוחדת לעניין הדרך שבה ייקבע כי איני מסוגל להבין בעניינים אלה (כולם או חלקם) כדלקמן (סעיף רשות):

(הערה: לא ניתן לקבוע כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף על פי החלטתו של מיופה הכוח בלבד).

ברצוני לקבוע כי יהיה על מיופה הכוח ליידע אדם אחד או יותר (כמפורט למטה) טרם מסירת הודעה לאפוטרופוס הכללי על כניסת ייפוי הכוח לתוקף.

פרטי האדם שיש ליידע בדבר כניסה לתוקף:

שם פרטי שם משפחה

תפקיד/עיסוק (אם נוגע לעניין):

מספר תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון ארץ הנפקת דרכון

טלפון טלפון נייד:

כתובת דואר אלקטרוני

יישוב רחוב מספר

הצהרות

ידוע לי כי מיופה הכוח לא יוכל לקבל החלטות, לתת הוראות או לבצע פעולות הקשורות לטיפול רפואי בסוף החיים, ולעניין זה עלי למנות גם מיופה כוח או לתת הנחיות רפואיות מקדימות לפי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005.

ידוע לי כי יפוי כוח זה הוא יפוי כוח רפואי בלבד ואינו מתייחס לעניינים רכשיים, כגון ניהול חשבונות בנק או קבלת קצבאות או לעניינים אישיים שאינם רפואיים, כגון החלטה על מקום המגורים.

הנחיות מקדימות למיופה הכוח

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן:

(א) ידוע לי כי בהעדר הוראה אחרת יפוי הכוח הרפואי יסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה וכן לקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לפי חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.

(ב) אני מבקש להורות כי מיופה הכוח לא יהיה מוסמך לקבל החלטות בעניינים הנוגעים לבדיקה או לטיפול פסיכיאטרי בקהילה ולקבלת מידע בנוגע לבדיקה, טיפול או אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

עניינים המחייבים הסמכה מפורשת

ברצוני להסמיך את מיופה הכוח גם בעניינים האלה שבהם נדרשת הסמכה מפורשת (סעיף רשות):

ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסמכה לבדיקה, לטיפול, לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור, בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

פקיעת תוקפו של יפוי הכוח

ידוע לי כי יפוי הכוח יפקע אם יחדלו להתקיים במיופה הכוח תנאי הכשירות שבחוק או אם מיופה הכוח יודיע לי או לקרובי בכתב כי אינו מעוניין לשמש כמיופה כוח או בהתקיים התנאים הקבועים בסעיף 32 לחוק.

נוסף על כך, אני קובע כי יפוי הכוח יפקע אם יתקיימו תנאים אלה (סעיף רשות):

- ברצוני לקבוע כי ייפוי הכוח יעמוד בתוקפו גם אם אודיע על רצוני לבטלו – אם באותה עת לא אהיה בעל כשירות לחתום על ייפוי הכוח.
- ידוע לי כי אם לא אפקיד את ייפוי הכוח אצל האפוסטרופוס הכללי, הוא יעמוד בתוקפו למשך שנה אחת בלבד.

מיודעים ומסירת מידע

- ברצוני לקבוע אדם אחד או יותר שיהיה על מיופה הכוח לדווח לו על החלטות או פעולות בנושאים ובמועדים כפי שיפורט:

פרטי האדם המיודע

- שם פרטי שם משפחה
- מספר תעודת זהות ישראלית
 - דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון ארץ הנפקת דרכון
 - ארץ יישוב רחוב מספר מספר ת"ד מיקוד
 - כתובת דואר אלקטרוני טלפון נייד.....
 - הדיווח ייעשה בנושאים האלה:

.....

 הדיווח ייעשה במועדים האלה:

.....

- ברצוני כי לאדם המיודע יועבר העתק מייפוי הכוח.
- ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוסטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוסטרופוס הכללי (סעיף רשות).
- אני מסכים למסור עותק מייפוי כוח זה או לאפשר עיון בו, לכל מטפל כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 לשם טיפול בי – כן לא

מסירת מידע לקרובי משפחה⁵

- ברצוני כי קרובי משפחתי המנויים בחוק יהיו זכאים למידע לפי החוק.
- ברצוני להגביל את מסירת המידע לקרובי משפחתי בהתאם לפירוט שלהלן:
- הגבלות על מסירת מידע לקרובי משפחה
- סוג הקרבה שם פרטי שם משפחה
- מספר תעודת זהות ישראלית (ככל שידוע)
- דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון ארץ הנפקת דרכון
- המידע לא יימסר בנושאים האלה:

⁵ קרוב משפחה – אב, אם, בן, בת, אח, אחות, סב, סבה, נכד, נכדה (ר' הגדרת קרוב בסעיף 80 לחוק).

חתימות

חתימת הממנה

אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי אני מבין/ה את משמעות מתן ייפוי הכוח, מטרתו ותוצאותיו וכי ייפוי הכוח ניתן בהסכמה חופשית ומרצון, בלי שהופעלו עלי לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתי או חולשתי.

יום חודש שנה

שם פרטי שם משפחה

חתימת הממנה

הסכמת והצהרת מיופה הכוח

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני מסכים/ה לשמש מיופה/ת כוח של: שם פרטי שם משפחה מספר זהות/דרכון

אני מבין/ה את משמעות ייפוי הכוח, האחריות והסמכויות לפיו.

אני עומד/ת בתנאי הכשירות לשמש מיופה/ת כוח הקבועים בסעיף 32ג(א) לחוק.

ידוע לי שכדי שייפוי הכוח ייכנס לתוקפו עלי למסור הצהרה לאפוטרופוס הכללי.

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

*יש למלא את כל הפרטים ולסמן דרך אחת לצורך קבלת הודעות

בכתובת דואר: ארץ..... יישוב..... רחוב..... מספר..... ת"ד..... מיקוד ת"ד

בכתובת דואר אלקטרוני:

טלפון נייד (סימון סעיף זה מהווה הסכמה לקבלת מסרונים):

לצורך כניסה לאתר האינטרנט, לצפייה במסמך ולביצוע פעולות, תישלח סיסמה:

אל כתובת הדואר האלקטרוני הזו:

במסרון לטלפון נייד שמספרו:

יום לחודש בשנת

שם פרטי שם משפחה

חתימת מיופה הכוח

חתימת עו"ד/ בעל מקצוע שבפניו חתם מיופה הכוח

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי מיופה הכוח מספר מזהה

באתי על החתום

שם פרטי שם משפחה

מספר תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון זר ארץ הנפקת דרכון

תפקיד: עו"ד/רופא מורשה/עובד סוציאלי/פסיכולוג/אח/אחות מס' רישיון:
חתימת עו"ד/בעל מקצוע..... חותמת

חתימת בעל המקצוע שבפניו חתם הממנה

- אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי הממנה מספר מזהה
1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיר.
 2. מצאתי כי הממנה –
 אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה
 אדם עם מוגבלות ואלו דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על ייפוי הכוח:
-
3. נוכחתי לדעת כי הממנה מבין את משמעות ייפוי הכוח, מטרתו ואת האפשרות לכלול בו הנחיות מקדימות, והתרשמתי כי ייפוי הכוח ניתן בידו בהסכמה חופשית ומרצון בלא שהופעלו על הממנה לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו של הממנה.
 4. אני מצהיר/ה שאין לי עניין אישי בייפוי הכוח.

באתי על החתום

יום חודש שנה

שם פרטי שם משפחה.....

- מספר תעודת זהות ישראלית
- דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מספר דרכון זר ארץ הנפקת דרכון

תפקיד: רופא מורשה/ עובד סוציאלי/ פסיכולוג/ אח/ אחות מספר רישיון:
חתימת בעל מקצוע..... חותמת

נספח א'

הסכמה מיוחדת לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז כאמור לפי

סעיף 32(ג) לחוק

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר, והבנתי את משמעות ההוראה שלהלן ואת תוצאותיה – אני מבקש להורות שמיפיה הכוח יהיה מוסמך לתת הסכמה בשמי לעניינים המפורטים כאן, גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו אתנגד לבדיקה, לטיפול, לאשפוז או לשחרור –

- בדיקה פסיכיאטרית
 טיפול פסיכיאטרי
 אשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור

אישור רופא מומחה בפסיכיאטריה

אני מצהיר/ה כי ביום חתם בפניי הממנה מספר מזהה

1. זיהיתי את הממנה לפי תעודת הזהות או הדרכון הזר הנ"ל ולפי תאריך הלידה במסמך המזהה נוכחתי כי הוא בגיה.

2. מצאתי כי הממנה –

אינו אדם עם מוגבלות הזקוק להתאמה

הוא אדם עם מוגבלות ואלה דרכי ההתאמה שנקטתי בעת החתימה על יפוי הכוח:

.....

3. הסברתי לממנה את משמעות הסמכתו של מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה, טיפול, אשפוז או שחרור מאשפוז חרף התנגדותו, ואת תוצאותיה האפשריות, והתרשמתי כי הוראה זו ניתנה בידו בהסכמה חופשית ומרצון, בלא שהופעלו עליו לחץ או השפעה בלתי הוגנת ובלא ניצול מצוקתו או חולשתו של הממנה.

באתי על החתום

יום חודש שנה

שם פרטי שם משפחה מס' רישיון: מס' מומחה:

מס' תעודת זהות ישראלית

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית): מס' דרכון זר ארץ הנפקת דרכון

חתימה חותמת

י"ג בניסן התשע"ז (9 באפריל 2017)

(חמ 5444-3)

איילת שקד

שרת המשפטים