טופס א'

(תקנה2 (א))

יפוי כח מתמשך

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד

פרטים מזהים של הממנה

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

שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר דרכון זר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 למשלוח 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:**

לכתובת הדואר האלקטרוני הזו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

במסרון לטלפון נייד שמספרו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי מיופה הכוח (יש להיחתם ע"י עורך דין ייפוי כוח מתמשך)**

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

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

שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר דרכון זר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני ישנה קרבה משפחתית:**

כן. סוג קרבה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לא

**אני מצהיר/ה כי בין מיופה הכוח לביני ישנה 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 רפואיים) פרט לעניינים אלה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בכל העניינים הרפואיים

בעניינים הרפואיים האלה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בכל העניינים הרפואיים פרט לעניינים אלה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

הנחיות מקדימות

מועד הכניסה לתוקף של ייפוי הכוח יהיה במועד שבו אחדל להבין בעניינים בהם 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 אינני מסוגל להבין בעניינים אלה (כולם או חלקם ) כדלקמן (סעיף רשות): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מועד הכניסה לתוקף בעניינים הרכושיים כולם/ חלקם (לפי הפירוט) יהיה (סעיף רשות): בתאריך \_\_\_\_\_\_\_\_

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 כניסת ייפוי הכוח לתוקף:**

שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר דרכון זר ארץ הנפקת דרכון

מספר דרכון זר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

יישוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הנחיות מקדימות למיופה הכוח (יש להיחתם ע"י עורך דין ייפוי כוח מתמשך)**

ברצוני לתת הנחיות מקדימות למיופה הכוח כדלקמן (סעיף רשות:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**עניינים המחייבים הסמכה מפורשת לפי סעיף 32ו(ג) לחוק**

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

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

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.

ברצוני להסמיך את מיופה הכוח לתת הסכמה לבדיקה ,לטיפול ,לאשפוז פסיכיאטרי או לשחרור מאשפוז כאמור ,גם אם במועד שבו תתבקש הסכמתו של מיופה הכוח אתנגד לכך ,וזאת לאחר שקיבלתי הסבר על כך מפסיכיאטר וחתמתי בפניו.

**הנחיות לעניין פקיעת תוקפו של יפוי הכח**

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

נסיבות אחרות לפקיעת ייפוי הכוח (סעיף רשות) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ברצוני לקבוע כי ייפוי הכוח יעמוד בתוקפו גם אם אודיע על רצוני לבטלו כשלא אהיה בעל כשירות לחתום על ייפוי הכוח.

**מיודעים ומסירת מידע (יש להיחתם ע"י עורך דין ייפוי כוח מתמשך)**

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 זר ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר דרכון זר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

יישוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כניסה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר ת.ד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד ת.ד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הדיווח ייעשה בנושאים האלה:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הדיווח ייעשה במועדים האלה:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ברצוני כי לאדם המיודע יועבר העתק מייפוי הכוח.

ברצוני כי מיופה הכוח ידווח על פעולותיו לאפוטרופוס הכללי ויהיה כפוף לפיקוח של האפוטרופוס 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי ביום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתמתי על ייפוי כוח למתן הנחיות לטיפול רפואי.

אני מצהיר/ה כי ביום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הפקדתי את ייפוי הכוח למתן הנחיות לטיפול רפואי במשרד הבריאות.

**מסירת מידע לקרובי משפחה (יש להיחתם ע"י עורך דין ייפוי כוח מתמשך)**

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

ברצוני כי קרובי משפחתי יהיו זכאים למידע לפי החוק.

ברצוני להגביל את מסירת המידע לקרובי משפחתי לפי הפירוט שלהלן :

**הגבלות על מסירת מידע לקרובי משפחה**

סוג הקרבה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות ישראלית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דרכון זר (אם אין תעודת זהות ישראלית):

מספר דרכון זר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ארץ הנפקת דרכון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

המידע לא יימסר בנושאים האלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הסכמה מיוחד לבדיקה, טיפול, אשפוז פסיכיאטרי או שחרור מאשפוז כאמור לפי סעיף 32ו(ג)(2) לחוק**

לאחר שקיבלתי הסברים מפסיכיאטר ,והבנתי את משמעות ההוראה הבאה ותוצאותיה - אני מבקש להורות - שמיופה 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

נדרשת חתימתו של **עורך דין ייפוי כוח מתמשך**