

מסמך הנחיות רפואיות מקדימות, ומסמך מינוי מיופה-כוח – על פי ההלכה

אני מבינה/ה שכאדם בגיר ובעל כשרות עומדת לי הזכות החוקית להנחות את הרופאים והמטפלים בי כיצד לנהוג בי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים, או להימנעות מטיפולים רפואיים, בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת. אשר על כן הנני ממלא/ה את המסמך הזה של הנחיות רפואיות מקדימות, ובהן פירוט רצוני בתנאים המתוארים לעיל.

הנני מבינה/ה שאם אהיה בעל/ת כשרות בעת היותי חולה הנוטה למות או חולה במצב סופי יגבר רצוני באותה עת על כל האמור במסמך זה.

כמו כן הנני מבינה/ה ומודעת/ת לעובדה שעומדת לי הזכות החוקית לשנות, לעדכן, להוסיף, לגרוע, ואף לבטל כליל כל חלק ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות או המסמך כולו.

אשר על כן הנני מנחה את כל המטפלים בי בכל מסגרת מוסדית רפואית או סיעודית לכבד את רצוני כדלקמן:

אני החת"מ ----- ת.ז. ----- גיל ----, בהיותי בדעה צלולה וחופשית מכל לחץ חיצוני מבקש/ת:

[בחרי/י בין אפשרות (א) לבין אפשרות (ב)]

א. לנקוט בכל דרך רפואית אפשרית, כולל*/לא כולל* טיפולים ניסיוניים, על מנת להאריך את חיי בעת שאהיה חולה הנוטה למות* / במצב סופי* גם אם הפעולות הללו יוסיפו סבל, וגם אם הרופאים המטפלים בי יחשבו משיקולים ערכיים שאין הצדקה רפואית לנקוט בפעולות כאלו. בכלל בקשתי זו: לבצע החייאה מלאה, לצנרר את הקנה, לחבר למנשם, לתת טיפולים בדיאליזה, בכימותרפיה, ברדיותרפיה, באנטיביוטיקה, בדם ובמוצריו, במזון ובנוזלים בכל דרך אפשרית, ובכל טיפול רפואי רלוונטי שמטרתו היא הארכת חיי.

ב. להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים:

1. במצב של חולה הנוטה למות:

(א) להימנע מביצוע החייאה, היינו עיסוי לב חיצוני, הלם חשמלי, הנשמה על ידי צינור הקנה, מתן תרופות החייאה
 כן / לא

(ב) להימנע מחיבור למנשם עם קוצב זמן
 אם כן, לכמה זמן ----- ימים/ שבועות/ חודשים
 כן / לא

(ג) להימנע מחיבור לדיאליזה
 כן / לא

- אם לא, להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול
- כן / לא
- (ד) להימנע מניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי) כן / לא
- (ה) להימנע מהקרנות במחלה ממארת כן / לא
- (ו) להימנע מכימותרפיה במחלה ממארת כן / לא
- (ז) להימנע מאנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים כן / לא
- (ח) להימנע מבדיקות איבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) כן / לא

2. במצב של חולה סופי :

- (א) להימנע מביצוע החייאה, היינו עיסוי לב חיצוני, הלם חשמלי, הנשמה על ידי צינור הקנה, מתן תרופות החייאה כן / לא
- (ב) להימנע מחיבור למנשם עם קוצב זמן אם כן, לכמה זמן ----- ימים/ שבועות כן / לא
- (ג) להימנע מחיבור לדיאליזה אם לא, להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול כן / לא
- (ד) להימנע מניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי) כן / לא
- (ה) להימנע מניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) כן / לא
- (ו) להימנע מהקרנות במחלה ממארת כן / לא
- (ז) להימנע מכימותרפיה במחלה ממארת כן / לא
- (ח) להימנע מאנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים כן / לא
- (ט) להימנע מבדיקות איבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) כן / לא
- (י) להימנע מטיפולים שגרתיים, כגון אנטיביוטיקה, דם ומוצריו כן / לא
- (יא) להימנע מטיפולים במחלות נילוות, כגון אינסולין כן / לא
- (יב) להימנע ממתן מזון בדרך מלאכותית כן / לא

----- הערות אישיות -----

בכל מקרה שתצטרך להתקבל החלטה רפואית בענייני, בעת היותי חולה הנוטה למות או בשלב סופי, הנני מבקש להתייעץ עם הרב -----, ולקבל את הכרעתו.

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, ונתתי* / לא נתתי* להם עותק מהמסמך הזה:

בן זוג / בן משפחה / רופא / עו"ד / אחר

שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון ע / ב -----נייד-----

חתימה -----

תאריך----- מקום -----

אני מבין/נה ומודע/ת למשמעות תוכן מסמך זה, והנני חותם/ת עליו מתוך רצון חופשי, לאחר שקבלתי הסברים מרופא* / אחות מוסמכת* ולאחר שיקול דעת מעמיק.

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל עשה/תה כן בנוכחותי, אני מכירו/ה היטב, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת, מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה. אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

עד א: שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

עד ב: שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

תאריך ----- מקום -----

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הבין/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם----- ת.ז. ----- מקום עבודה-----
חתימה

תאריך----- מקום-----

נוסח מסמך מינוי מיופי כוח:

אני מבין/ה שכאדם בגיר ובעל כשרות עומדת לי הזכות החוקית להנחות את הרופאים והמטפלים בי כיצד לנהוג בי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים, או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת. אשר על כן הנני ממלא/ה את המסמך הזה של מינוי מיופי כוח, אשר יוכלו לקבל החלטות הנוגעות לטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בתנאים המתוארים לעיל.

הנני מבין/ה שאם אהיה בעל/ת כשרות בעת היותי חולה הנוטה למות או חולה במצב סופי יגבר רצוני באותה עת על כל האמור במסמך זה.

כמו כן הנני מבינה ומודעת/ לעובדה שעומדת לי הזכות החוקית לשנות, לעדכן, להוסיף, לגרוע, ואף לבטל כליל כל חלק ממסמך מינוי מיופה הכוח או המסמך כולו.

אשר על כן הנני מנחה את כל המטפלים בי בכל מסגרת מוסדית רפואית או סיעודית לכבד את ההחלטות של מיופי הכוח שלי, על פי המבואר דלקמן:

אני החתי"מ ----- ת.ז. ----- גיל ----, בהיותי בדעה צלולה וחופשית מכל לחץ חיצוני מבקש/ת:

למנות כמיופי כוחי את האנשים הבאים, על מנת שיפעלו בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת.

[בחר אחת מהחלופות הבאות]

א. מיופי כוחי יוכלו לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מאריכי-החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים, והכל בכפוף להלכה, על פי פסיקת הרב -----.

ב. מיופי כוחי רשאים לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, אך אינם רשאים לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

ג. מיופי הכוח רשאים לפעול בשמי בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, והם רשאים לפעול בשמי גם בהחלטה להימנעות מטיפול רפואי, אך רק ביחס לטיפולים הרפואיים הבאים:

במצב של חולה הנוטה למות

החייאה
חיבור למנשם
דיאליזה
הקרנות
כימותרפיה
ניתוחים גדולים
ניטור, בדיקות דם, צילומים

במצב של חולה סופי

החייאה
חיבור למנשם
דיאליזה
הקרנות
כימותרפיה
ניתוחים גדולים
ניתוחים קטנים
ניטור, בדיקות דם, צילומים
טיפולים שגרתיים
טיפולים במחלות נילוות
מזון הניתן באמצעים מלאכותיים

הנני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה העיקרי בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל; אם מיופה הכוח העיקרי לא ניתן להשגה, או שאיננו רוצה לקבל החלטות בשמי, או שאיננו מסוגל לקבל החלטות בשמי מכל סיבה שהיא, יש לפנות למיופה הכוח החלופי.

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם מיופי הכוח, הסברתי להם את השקפת עולמי, ופירטתי בפניהם את רצוני בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בתנאים המתוארים לעיל.

בכל מקרה שתצטרך להתקבל החלטה רפואית בענייני, בעת היותי חולה הנוטה למות או בשלב סופי, הנני מבקש להתייעץ עם הרב ----- , ולקבל את הכרעתו.

מיופה כוח עיקרי

שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- מקום עבודה ----- טלפון בבית ---
----- טלפון בעבודה ----- נייד -----

מיופה כוח חלופי

שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- מקום עבודה ----- טלפון בבית ---
----- טלפון בעבודה ----- נייד -----

[בחר אחת מהחלופות הבאות]

א. הנני מורה כי מיופי הכוח יקבלו החלטה בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בכל דרך שיבחרו, בין אם יחליטו כך בעצמם, או שיתיעצו עם כל גורם הנראה להם ראוי ונכון, ובלבד שההחלטה תהיה על פי ההלכה, בהתאם להכרעת הרב ----- .

ב. הנני מורה למיופי הכוח שיתיעצו עם (אחד או יותר) מהאנשים המנויים מטה בטרם יקבלו החלטה בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בי בתנאים האמורים לעיל, ובלבד שההחלטה תהיה על פי ההלכה, בהתאם להכרעת הרב ----- .

בן משפחה : שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון -----
רופא : שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון -----
עו"ד : שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון -----
אחר : שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון -----

הערות אישיות -----

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, ונתתי* / לא נתתי* להם עותק מהמסמך הזה :

בן זוג / רופא / עו"ד / בן משפחה / אחר

אני מביין/נה ומודע/ת למשמעות תוכן מסמך זה, והנני חותם/ת עליו מתוך רצון חופשי, לאחר שקבלתי הסברים מרופא* / אחות מוסמכת* ולאחר שיקול דעת מעמיק

שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון ע / ב ----- נייד -----

חתימה -----

תאריך ----- מקום -----

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל עשה/תה כן בנוכחותי, אני מכירו/ה היטב, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת, מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה. אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

עד א: שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

עד ב: שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

----- תאריך

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הביך/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם----- ת.ז. ----- מקום עבודה-----
חתימה

----- תאריך----- מקום-----

אנו החתומים מטה מצהירים בזה כי החותם/ת שוחח עמנו על השקפת עולמו ועל פירוט רצונו בדבר הטיפול הרפואי או אי-הטיפול הרפואי בו בעת שיהיה חולה הנוטה למות, או בעת שיהיה במצב סופי, ובאותה עת לא יוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת. אנו מסכימים להיות מיופי כוחו ולפעול בשמו/ה ולטובתו/ה באותה עת על פי מיטב הבנתנו את הנתונים הרפואיים ואת רצונו של החותם/ת בהתאם לדברים ששמענו ממנו/ה, לאחר התייעצות עם האנשים שהחותם/ת דרש, ולאחר קבלת ההכרעה ההלכתית של הרב -----, כדרישת החותם.

מיופה כוח עיקרי: שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

מיופה כוח חלופי: שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

----- תאריך----- מקום-----

נוסח שילוב של הנחיות רפואיות מקדימות ומינוי מיופה כוח:

[בחר באחת החלופות הבאות]

- א. הנני מבקש/ת לנהוג אך ורק על פי מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, ואינני מעוניין/ת במינוי מיופה כוח כלל ועיקר.
- ב. הנני מבקש/ת לנהוג אך ורק על פי מסמך מינוי מיופי כוח, ואינני מעוניין/ת בהנחיות רפואיות מקדימות כלל ועיקר.
- ג. הנני מבקש/ת לנהוג הן על פי מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, והן על פי מסמך מינוי מיופה כוח. במקרה שתתגלה סתירה בין המשתמע ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין החלטתו של מיופה הכוח, הנני מבקש/ת לקבל את האמור או המשתמע בבירור ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, ולהתעלם מהוראותיו של מיופה הכוח.
- ד. הנני מבקש/ת לנהוג הן על פי מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות, והן על פי מסמך מינוי מיופה כוח. במקרה שתתגלה סתירה בין המשתמע ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות לבין החלטתו של מיופה הכוח, הנני מבקש/ת לנהוג על פי החלטתו של מיופה הכוח, ולהתעלם מהאמור או המשתמע בבירור ממסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות.

בכל מקרה שתצטרך להתקבל החלטה רפואית בענייני, בעת היותי חולה הנוטה למות או בשלב סופי, הנני מבקש להתייעץ עם הרב -----, ולקבל את הכרעתו.

אני מבין/נה ומודע/ת למשמעות תוכן מסמך זה, והנני חותם/ת עליו מתוך רצון חופשי, לאחר שקבלתי הסברים מרופא* / אחות מוסמכת* ולאחר שיקול דעת מעמיק

שם ----- ת.ז. ----- כתובת ----- טלפון ע / ב -----נייד-----

----- חתימה

----- תאריך----- מקום-----

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל עשה/תה כן בנוכחותי, אני מכיר/ה היטב, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת, מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה. אני מצהיר שאינני מיופה כוח/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

עד א : שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

עד ב : שם ----- ת.ז. ----- כתובת-----
חתימה

----- תאריך----- מקום-----

אני החתום מטה הסברתי לחותם/ת המסמך את תוכנו, והתרשמתי שהחותם/ת הבין/ה את משמעותו ואת הפרטים הכלולים בו.

רופא / אחות מוסמכת

שם----- ת.ז.----- מקום עבודה-----
חתימה

----- תאריך----- מקום-----