

תקנות טיפול בחולי נפש (ייצוג משפטי בטיפול כפוי), התשס"ד - 2004

בתוקף סמכותי לפי סעיף 29א(ו) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991¹ (להלן - החוק), בהתייעצות עם שר הבריאות, ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, אני מתקין תקנות אלה:

- הגדרות
1. "גורם מייצג" - עורך דין כמפורט בסעיפים 29א (א), (ב) ו- (ג) לחוק;
- "האחראי על הייצוג המשפטי" - אחראי שמונה לפי תקנה 2(ב);
- "ייצוג משפטי" - ייצוג משפטי בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה;
- "מטופל" - חולה המאושפז או נמצא בטיפול מרפאתי כפוי בין על פי הוראת אשפוז, ובין על פי צו בית משפט;
- "מנהל" - כהגדרתו בחוק ולרבות מנהל מרפאה או מי שמונה מהצוות המטפל על ידם לצורך ביצוע תקנות אלה כולן או מקצתן;
- "מסגרת טיפולית" - בית חולים או מרפאה;
2. (א) פרסום הודעה על הזכות לייצוג משפטי ומינוי אחראי על הייצוג המשפטי
- בכל מסגרת טיפולית בה נמצאים מטופלים, תפורסם במקומות מרכזיים הגלויים לכל, הודעה המפרטת את זכותם של המטופלים לקבל ייצוג משפטי על ידי הגורם המייצג, וכן את הדרכים ליצירת קשר עימו, בנוסח הקבוע בטופס 1 שבתוספת לתקנות אלה (להלן - התוספת).
- (ב) בכל לשכות מחוז של הסניגוריה הציבורית ושל האגף לסיוע משפטי ימונה עורך דין אשר יהיה אחראי על תיאום הייצוג המשפטי עם המסגרת הטיפולית והועדה הפסיכיאטרית המחוזית (להלן - האחראי על הייצוג המשפטי).
3. (א) יידוע המטופלים על זכותם לייצוג משפטי
- בסמוך לקבלתו של מטופל לטיפול כפוי במסגרת טיפולית, ימסור לו המנהל טופס בנוסח הקבוע בטופס 2 שבתוספת, המפרט את זכותו לייצוג משפטי וכן יסביר לו על זכותו לייצוג משפטי, תוכן הטופס ועל הדרכים ליצירת קשר עם האחראי על הייצוג המשפטי.

¹ס"ח התשנ"א, עמ' 58; התשס"ד, עמ' 317.

(ב) לאחר קבלת ההסבר כאמור בתקנת משנה (א), יתבקש המטופל לאשר בחתימתו על גבי הטופס כי קיבל ההסבר האמור; המנהל יאשר בחתימתו על גבי הטופס את דבר מתן ההסבר למטופל.

(ג) סרב המטופל לחתום על הטופס כאמור בתקנת משנה (ב), יחתום על גבי הטופס המנהל לבדו ויתעד בכתב על גבי הטופס את דבר סירובו של המטופל לחתום על הטופס ונסיבות הסירוב.

(א) 4. היה למטופל אפוטרופוס, ימסור גם לו המנהל הודעה כאמור בתקנה 3, בנוסח הקבוע בטופס 3 שבתוספת.

יידוע אפוטרופוס וקרובו של המטופל על זכותו של המטופל לייצוג משפטי

(ב) לא ניתן היה לברר את דעתו של המטופל לעניין רצונו לייצוג משפטי בשל מצבו הרפואי ואין לו אפוטרופוס, ימסור המנהל לאחד מקרוביו של המטופל, הודעה כאמור בתקנה 3, בנוסח הקבוע בטופס 3 שבתוספת.

(א) 5. ביקש המטופל להיות מיוצג על ידי גורם מייצג או ביקש אפוטרופוסו או קרובו של המטופל שלא ניתן לברר את דעתו בשל מצבו הרפואי ואין לו אפוטרופוס, כי המטופל יהיה מיוצג, תינתן למטופל ההזדמנות להיפגש עם גורם מייצג באופן שיאפשר את ייצוגו המשפטי ההולם.

בקשה לייצוג

(ב) היה מי שמטופל מכוח צו בית משפט מיוצג בהליך פלילי בידי גורם מייצג, ובמהלך ייצוג משפטי זה הביע רצונו בכתב או בפני בית המשפט להמשיך הייצוג המשפטי על ידי אותו גורם מייצג גם בתקופת הטיפול בו, יהיה הגורם המייצג או האחראי על הייצוג המשפטי בסניגוריה הציבורית, רשאי לקבל מידע מהפסיכיאטר המחוזי הרלוונטי על מקום ביצוע צו בית המשפט.

6. ביקש המטופל להיות מיוצג או ביקש אפוטרופוסו, או קרובו של מטופל שלא ניתן לברר את דעתו בשל מצבו הרפואי ואין לו אפוטרופוס, כי המטופל יהיה מיוצג, כאמור בתקנה 5, יודיע המנהל לאחראי על הייצוג המשפטי, בהקדם האפשרי, על הצורך במתן ייצוג משפטי למטופל. ההודעה תינתן בנוסח הקבוע בטופס 4 שבתוספת.

יידוע הגורם המייצג על בקשת המטופל לייצוג

(א) 7. מטופל שהודיע, לאחר שקיבל הסבר לפי תקנה 3, כי אינו מעוניין בייצוג משפטי, יתבקש על ידי המנהל לחתום על אישור בנוסח הקבוע בטופס 5 שבתוספת, לפיו הודע לו על זכותו לייצוג משפטי וכי הוא אינו מעוניין בייצוג כאמור. המנהל יאשר בחתימתו את דבר מתן ההסבר ואת הודעת המטופל על חוסר רצונו בייצוג משפטי.

מטופל שאינו מעוניין בייצוג

(ב) סירב המטופל לחתום על טופס 5 כאמור בתקנת משנה (א), יחתום על הטופס המנהל לבדו ויתעד בכתב על גבי הטופס את דבר סרובו של המטופל לחתום על הטופס ואת נסיבות הסרוב.

(ג) מטופל שהודיע שאינו מעוניין בייצוג משפטי, רשאי בכל עת, לחזור בו מהודעתו ולבקש ייצוג משפטי ויחולו הוראות תקנות אלה בשינויים המחוייבים.

(א) 8. המנהל ימסור הודעה לאחראי על הייצוג המשפטי לפי הענין, על קבלתו של מטופל במסגרת הטיפולית, לא יאוחר מ- 48 שעות ממועד קבלתו. במניין השעות לא יובאו שבתות וחגים. ההודעה לא תכלול מידע מזהה על המטופל, אלא את תאריך קבלתו, מקום הטיפול, שמו הפרטי ושלוש ספרות אחרונות של מספר תעודת הזהות כולל סיפרת ביקורת, וזאת בנוסח הקבוע בטופס 6 שבתוספת; לענין תקנה זו, "המנהל" – לרבות איש צוות מנהלה במסגרת הטיפולית, אשר נקבע לענין זה.

יידוע הגורם המייצג על קליטת מטופלים וקביעת מועד דיון

(ב) התבקש דיון בועדה פסיכיאטרית על ידי המנהל, יודיע על כך המנהל לגורם המייצג אשר העביר לידיו יפוי כוח או שהודיע לו על ייצוג המטופל על ידו; הודעת המנהל תינתן בהקדם האפשרי וככל שניתן לא יאוחר מ- 48 שעות לפני קיום מועד הדיון בועדה הפסיכיאטרית.

9. לשם מתן הייצוג המשפטי, רשאי הגורם המייצג לפגוש מטופל המאושפז בבית החולים אשר ביקש ייצוג כאמור, בשעות העבודה המקובלות; מפגש כאמור, יערך במקום הולם בו תתאפשר פרטיות השיחה.

מפגש עורך דין - מטופל

(א) 10. הוראות תקנות אלה יחולו גם לגבי מטופל אשר התקבל לפני תחילתן במסגרת הטיפולית עליה הוחלו הוראות סעיף 29א לחוק לפני תחילתן. ואולם, פרק הזמן למסירת ההודעה לפי תקנה 8(א) לא יעלה על 7 ימים.

תחולה

(ב) מי שטופל תחילה בהסכמה ולאחר מכן טופל בכפייה, יראוהו כמטופל שעליו חלות הוראות תקנות אלה מהיום שבו הפך להיות מטופל בכפייה.

11. הוראות תקנות אלה יחולו על מקומות שעליהם הוחלו הוראות סעיף 29א לחוק, על פי צו של שר המשפטים לפי סעיף 9(ב) לחוק הסיוע המשפטי, התשל"ב – 1972 או סעיף 4 לחוק טיפול בחולי נפש (תיקון מס' 5), התשס"ד – 2004.

תחילה

הודעה למטופל/ת בכפייה על זכותו/ה לייצוג משפטי בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה לפי סעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

(1) מטופל/ת בכפייה יקר/ה:

בהתאם לסעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א – 1991, הריני להודיעך כי הינך זכאי/ת לייצוג משפטי בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה כדלהלן:

(א) במידה והינך מטופל/ת בכפייה על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי, הינך זכאי/ת להיות מיוצג/ת בדיון בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה, על ידי עורך דין לפי בחירתך ועל חשבונך, או על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הלשכה לסיוע משפטי שבמשרד המשפטים ובמימון המדינה.

אם תבחר/י בייצוג מטעם הלשכה לסיוע משפטי, באפשרותך לפנות ללשכת הסיוע המשפטי באמצעות הצוות המטפל או ישירות:

בטלפון: _____ בפקס: _____ כתובת: _____

(ב) במידה והינך מטופל/ת בכפייה על פי צו בית משפט, הינך זכאי/ת להיות מיוצג/ת בדיון בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה, על ידי עורך דין לפי בחירתך ועל חשבונך, או על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הסניגוריה הציבורית שבמשרד המשפטים ובמימון המדינה.

אם תבחר/י בייצוג מטעם הסניגוריה הציבורית, באפשרותך לפנות ללשכת הסניגוריה הציבורית באמצעות הצוות המטפל או ישירות:

בטלפון: _____ בפקס: _____ כתובת: _____

(2) אישור המטופל/ת בכפייה:

הנני החתום/ה מטה והמטופל/ת בכפייה, מאשר/ת כי הוסבר לי בשפה

המובנת לי על זכותי להיות מיוצג/ת על ידי עורך דין בדיונים בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____ מ"ן: ז/ב
חתימה: _____

(3) אישור המנהל:

הנני, החתום/ה מטה מאשר/ת כי *:

- טופס זה נחתם על ידי המטופל/ת הנ"ל, בפניי.
- המטופל/ת הנ"ל סירב/ה לחתום (יש לפרט את הנסיבות לסירוב כגון סירוב עקרוני, סירוב עקב מצב רפואי וכו': _____).

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תפקיד: _____
תאריך: _____ חתימה _____

העתקים:

רשומה רפואית

* מחק את המיותר

הודעה לאפוטרופוס / לקרוב משפחה של המטופל/ת בכפייה על זכות/ה של המטופל/ת בכפייה לייצוג משפטי בפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה לפי סעיף 29 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

לכבוד:

מר/ גב' _____ (אפוטרופוס/קרוב משפחה של המטופל בכפייה*)

מאחר והינך אפוטרופוס / קרוב משפחה של המטופל/ת בכפייה**
שם: _____ ת.ז: _____ אשר התקבל/ה אצלנו בתאריך: _____,
הרינו מתכבדים להודיעך כי בהתאם לסעיף 29 לחוק טיפול בחולי נפש,
התשנ"א - 1991, זכאי/ת מטופל/ת בכפייה לייצוג משפטי בפני ועדה
פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה כלהלן:

א. המטופל/ת בכפייה על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי, זכאי/ת לייצוג על ידי
עורך דין שיתמנה מטעם הלשכה לסיוע משפטי ובמימון המדינה וזאת,
במידה ולא נמסר ייצוג/ה לעורך דין אחר לפי בחירת/ה ועל חשבונ/ה.
לשם קבלת הייצוג המשפטי מטעם הלשכה לסיוע משפטי, ניתן לפנות
ישירות ללשכת הסיוע המשפטי:

בטלפון: _____ בפקס: _____ כתובת: _____

ב. המטופל/ת בכפייה על פי צו בית משפט זכאי/ת לייצוג משפטי על ידי
עורך דין שיתמנה מטעם הסניגוריה הציבורית ובמימון המדינה, וזאת
במידה לא נמסר ייצוג/ה לעורך דין אחר לפי בחירת/ה ועל חשבונ/ה.
לשם קבלת הייצוג המשפטי מטעם הסניגוריה הציבורית, ניתן לפנות
ישירות ללשכת הסניגוריה הציבורית:

בטלפון: _____ בפקס: _____ כתובת: _____

פרטי המודיע

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תפקיד: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

העתק:
רשומה רפואית

* הודעה לפי טופס זה תישלח בכל מקרה שיש למטופל/ת בכפייה אפוסטרופוס.

הודעה לפי טופס זה תישלח גם לקרוב משפחה של המטופל/ת בכפייה רק במידה ולא ניתן היה לברר את דעתו/ה של המטופל/ת בכפייה לענין ייצוג/ה בשל מצבו/ה הרפואי ואין לו/ה אפוסטרופוס.

** מחק את המיותר

הבעת חוסר רצון המטופל/ת בכפייה לייצוג משפטי בפני ועדה
פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה לפי סעיף 29א לחוק
טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

א. אישור המטופל/ת בכפייה:

אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי הוסבר לי על ידי:

שם: _____ תפקיד: _____ תאריך: _____

בשפה המובנת לי על זכותי להיות מיוצג/ת על ידי עורך דין בדיונים בפני
הועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה ומודיע/ה
כי אינני מעוניין/ת בייצוג משפטי או במפגש עם עורך דין לשם בחינת
ייצוגי המשפטי. כמו כן הובא לידיעתי כי אין בחתימתי על טופס זה כדי
למנוע ממני לבקש ייצוג כאמור, בכל עת.

פרטי המטופל/ת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז: _____ תאריך: _____
חתימה: _____

ב. אישור המנהל:

הנני, החתום/ה מטה מאשר/ת כי*:

- טופס זה נחתם על ידי המטופל/ת הנ"ל, בפניי.
- המטופל/ת הנ"ל סירב לחתום (יש לפרט את הנסיבות לסירוב כגון
סירוב עקרוני, סירוב עקב מצב רפואי וכו': _____).

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תפקיד: _____
תאריך: _____ חתימה: _____

העתק:

רשומה רפואית

* מחק את המיותר.

הודעה לאחראי על הייצוג המשפטי על קבלת מטופל בכפייה לפי סעיף 29א
לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

לכבוד

האחראי על הייצוג המשפטי *:

0 לשכת הסניגוריה הציבורית (במקרה של מטופל/ת בכפייה על פי צו בית משפט)

פקס: _____ כתובת: _____

0 הלשכה לסיוע משפטי (במקרה של מטופל/ת בכפייה על פי הוראת פסיכיאטר מחוז)

פקס: _____ כתובת: _____

הנדון: הודעה על קבלת מטופלים בכפייה

התקבלו במסגרת הטיפולית: _____ המטופלים הבאים:
(פרטי ביה"ח או המרפאה)

מספר סידורי	שם פרטי של המטופל/ת בכפייה	תאריך קבלת המטופל/ת בכפייה	3 ספרות אחרונות של ת.ז. המטופל/ת כולל ספרת ביקורת	מחלקה
.1				
.2				
.3				
.4				

* סמן ב-X ליד הגורם המייצג המתאים

חתימת המנהל

ציפי לבני
מ"מ שר המשפטים

התשס"ה _____

(2005 _____)

(חמ -)

