

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול
ייפוי כוח

شروط الموافقة على النموذج

1. البيانات الشخصية- صفحة 1

- يجب تعبئة البيانات الشخصية
- يجب أن تشير إلى النماذج التي تقوم بإلغائها

2. التوقيعات- صفحة 2-3

- يجب عليك التوقيع في حضور شاهدين. يجب ألا يكونوا ابنك, ابنتك, زوجك, زوجتك, والديك أو أخيك أو أختك.
- يشهد الشهود في توقيعهم بأنك كنت واضحاً وبوعيك عند ملء الاستمارة.

طريقة التعارف مع الشهود - يجب على الشهود تحديد طريقة تعارفهم معك.

- توقيع الشهود - يجب على الشهود أن يوقعوا بحضورك في نفس الوقت والتاريخ.
- لن يتم قبول نموذج بتاريخ توقيع مختلفة، أو بيانات جزئية، وسيتم إعادته إلى المرسل دون معالجة.

عنوان إرسال النماذج الأصلية، فقط عن طريق البريد المسجل فقط:

مركز التعليمات الطبية المتقدمة

وزارة الصحة

شارع يرمياهو 39

القدس 9446724

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול
ייפוי כוח

תוספת רביעית

הוראות לביטול הנחיות רפואיות מקדימות או לביטול ייפוי כוח (סעיפים 33, 38 ו-43)

טופס זה מיועד לביטול הנחיות רפואיות קיימות או ייפוי כוח

الإضافة الرابعة

تعليمات لإلغاء التوجيهات الطبية المسبقة أو إلغاء الوكالة الرسمية (المواد 33, 38 و-43).

هذه الاستمارة مخصصة لإلغاء التوجيهات الطبية الحالية أو الوكالة الرسمية

يجب تقديم النموذج بالعبرية

אני החתום מטה/ أنا الموقع أدناه

שם משפחה / اسم العائلة: _____ שם פרטי / الاسم الشخصي: _____

מען כולל מיקוד / العنوان يشمل الرمز البريدي: _____

שנת לידה / سنة الميلاد: _____ טלפון נייד/ الهاتف الخليوي: _____

כתובת הדואר האלקטרוני/ عنوان البريد الإلكتروني: _____

בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו, מבטל בזה את הטופס:

يملك الأهلية القانونية على النحو المحدد في قانون المريض المحتضر، من عام- 2005

(فيما يلي: قانون المريض المحتضر)، بموجب هذا ألغى التوكيل:

(ضع علامة واحدة أو أكثر على الخيارات التالية) / (סמן חלופה אחת או יותר)

תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום / _____

صلاحية التعليمات الطبية المسبقة الصادرة مني في تاريخ/

תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום / _____

صلاحية التوكيل الذي أعطيته لي في تاريخ/

תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח משולבים שניתנו על ידי ביום _____

صلاحية التوجيهات الطبية المسبقة والتوكيل الرسمي معاً التي منحت من قبلي في تاريخ/

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול ייפוי כוח

חתימת המבטל (יש לחתום בפני שני עדים)

توقيع لاغي الوكالة الرسمية

(يجب التوقيع في حضور شاهدين)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

أوقع هذا المستند بعد دراسة متأنية وبارادة حرة ومستقلة، وليس بسبب ضغوط عائلية أو اجتماعية أو غيرها.

חתימה / التوقيع _____ תאריך/ التاريخ _____

חתימת העדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם חתימת בעל הטופס)

توقيع الشهود

(يجب أن يوقع كلا الشاهدين في نفس لحظة توقيع صاحب الاستمارة)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך

نحن الموقعون أدناه نشهد بأن الموقع على المستند

(الرجاء وضع علامة على خيارك)

מוכר לנו אישית / معروف لنا بشكل شخصي

או/ או

הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה/ עָרַף עַן נִפְסֵה אִמָּמָנָא בִּאִסְתִּימָרָא

بطاقة هوية تشمل صورة

חתם על המסמך בנוכחותי ובנוכחות העד השני, והוא נראה בעיני ערני מדבר

לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו.

وقع المستند بحضوري وبحضور الشاهد الآخر، وبدا لي متيقظاً وهو يتحدث بوعي، ودون أي علامات ضغط عليه.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו של החתום ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל

אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם המסמך.

أصرح بهذا بأنني لست وكيل الموقع ولست مرشحاً لأكون كذلك، وليس لدي أي مصالح مادية أو أخرى أمام موقع

المستند .

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול
ייפוי כוח

الشاهد 1 :

שם משפחה / اسم العائلة : _____ שם פרטי / الاسم الشخصي : _____
ת.ז. (9 ספרות) / رقم بطاقة الهوية الإسرائيلية / (9 אرقام) : _____
כתובת : בית/ משרד/ عنوان : בית / مكتب / : _____
מספר טלפון נייד / رقم الهاتف الخليوي : _____
חתימה / التوقيع _____ תאריך / التاريخ _____

الشاهد 2:

שם משפחה / اسم العائلة : _____ שם פרטי / الاسم الشخصي : _____
ת.ז. (9 ספרות) / رقم بطاقة الهوية الإسرائيلية / (9 أرقام) : _____
כתובת : בית/ משרד/ عنوان : בית / مكتب / : _____
מספר טלפון נייד / رقم الهاتف الخليوي : _____
חתימה / التوقيع _____ תאריך / التاريخ _____