

### **Terms for form approval**

1. A photocopy of the identification number and appendix must accompany each form.
  - A form without a photocopy of ID card that will arrive at the center for medical instructions to be untreated to the sender.
  - A form with a passport number is not applicable in the database)
2. Selection of proxies
  - Pages 2-3 - You must mark your choice of how to activate the power of attorney
  - Page 3 - Names of additional proxies must be filled in according to your decision
3. Signatures
  - Giving the power of attorney will sign in the presence of two witnesses. They must not be the son, daughter, husband, wife, parents or sibling of the giving the power of attorney. The witnesses in their signature testify that the giving the power of attorney is clear and fully aware when filling out the form.
  - Method of acquaintance of witnesses - the witnesses must mark the manner of their acquaintance with the giver of the instruction.
  - The signature of the witnesses - the witnesses should sign in the presence of the giving the power of attorney signature, at the same time and date.
  - A form with different date signatures, and or partial data, will not be accepted' moreover, be returned to the sender without processing.

### **Address for sending the original forms only, by registered mail only:**

Center for Advance Medical Instructions

Ministry of Health

39 Jeremiah St.

Jerusalem 9446724

# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר

**ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות לפי חוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו 42) – נוסח מקוצר (חלופה א'+ב')**

**Power of Attorney to provide medical instructions for treating a dying patient According to the Dying Patient Law (sections 37 and 42) - abbreviated version (Alternative A+B)**

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יוגדר כחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות הטופס אינו מיועד לחולים שבזמן מילוי הטופס הוגדרו כ"חולים הנוטים למות".

This form is intended to be filled by a person who wishes to appoint a proxy to be authorized to decide in his/her place about the medical treatment that will or will not be administered or not to him/her, in case he/she is defined as a dying and legally incompetent patient, or a dying and legally incompetent patient in the final stage.

The form is not for patients who at the time of filling out the form defined as "dying patients".

**It is mandatory for the person giving the power of attorney, to attach a photo ID card and the appendix Before filling out the form, it is important to read carefully and follow the instructions on filling out the form**

**The form must filed in Hebrew**

I, the undersigned \מטה\ אני החתום

Surname \שם משפחה\ : \_\_\_\_\_ First name \שם פרטי\ : \_\_\_\_\_

Israeli identity card no (9 digits) \מספר תעודת זהות\ : \_\_\_\_\_

Only in the absence Israeli Identity Card) Foreign passport number: \_\_\_\_\_

Country of issuance of the Foreign passport: \מדי ארץ הנפקת דרכון זר\ : \_\_\_\_\_

Adress + zip code \מען כולל מיקוד\ : \_\_\_\_\_

Year of Birth \שנת לידה\ : \_\_\_\_\_ cell phone \טלפון נייד\ : \_\_\_\_\_

Email address \_\_\_\_\_

בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו – 2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח, ולצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן כי מצבי הרפואי הנוכחי הוא שלא נקבע לגבי על ידי רופא אחראי שאני חולה נוטה למות, נותן בזה ייפוי כוח למנוי/ים להלן:

I have legal capacity as defined in the Dying Patient Law, 2005

(hereinafter: the Dying Patient Law), I hereby grant in accordance with the

# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר

provisions of the Dying Patient Law, a power of attorney, and, for the purpose of granting the power of attorney, I declare that my current medical condition is such that a physician in charge has not determined that I am a dying patient, and I hereby give a power of attorney to the person(s) mentioned below:

## Power of attorney - ייפוי כוח

Surname \ שם משפחה : \_\_\_\_\_ First name \ שם פרטי : \_\_\_\_\_

Israeli identity card no (9 digits) \ מספר תעודת זהות : \_\_\_\_\_

Only in the absence Israeli Identity Card) Foreign passport number: \_\_\_\_\_

Country of issuance of the Foreign passport: מהי ארץ הנפקת דרכון זר: \_\_\_\_\_

cell phone \ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

שהוא מעל גיל 17 ושלא ידוע לי שהוכרז פסול דין, על מנת שיפעל בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות בשלב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעל בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה.

Who is over the age of 17 and who is not known to have been declared legally incompetent, in order to act on my behalf when I will be a dying patient or when I will be a dying patient in the final stage and at the same time I will not be able to give instructions and consent to medical treatment or with regards to avoiding medical treatment due to lack of intellectual, mental or physical capacity to do so, and significant suffering, and in order to act in accordance with the instructions of this power of attorney.

(רשות) במידה וברצונך למנות מיופי כוח נוספים מעבר למיופה הכוח הראשון, יש לציין אם ישמשו כמיופי כוח (נא לסמן את בחירתך):

(Disposal) If you wish to appoint additional proxies over the first proxy, you must indicate whether they will serve as proxies (please mark your choice):

together \ ביחד

**Or**

separately \ לחוד

As you selected the separate option (please mark your choice)

# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר

The additional proxy will assume his position only if the previous proxy cannot serve in his position \ יכול אינו יושם רק אם הראשון אינו יכול

Each proxy has its own alternative authority \ סמכות חלופית משלו

## Additional Power of attorney

1. Surname \ שם משפחה: \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי: \_\_\_\_\_

Israeli identity card no (9 digits) \ מספר תעודת זהות 9 ספרות: \_\_\_\_\_

Only in the absence Israeli Identity Card) Foreign passport number: \_\_\_\_\_

Country of issuance of the Foreign passport: זר: מהי ארץ הנפקת דרכון זר: \_\_\_\_\_

cell phone no: \_\_\_\_\_

2. Surname \ שם משפחה: \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי: \_\_\_\_\_

Israeli identity card no (9 digits) \ מספר תעודת זהות 9 ספרות: \_\_\_\_\_

Only in the absence Israeli Identity Card) Foreign passport number: \_\_\_\_\_

Country of issuance of the Foreign passport: זר: מהי ארץ הנפקת דרכון זר: \_\_\_\_\_

3. Surname \ שם משפחה: \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי: \_\_\_\_\_

Israeli identity card no (9 digits) \ מספר תעודת זהות 9 ספרות: \_\_\_\_\_

Only in the absence Israeli Identity Card) Foreign passport number: \_\_\_\_\_

Country of issuance of the Foreign passport: זר: מהי ארץ הנפקת דרכון זר: \_\_\_\_\_

cell phone no: \_\_\_\_\_

4. Surname \ שם משפחה: \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי: \_\_\_\_\_

Israeli identity card no (9 digits) \ מספר תעודת זהות 9 ספרות: \_\_\_\_\_

Only in the absence Israeli Identity Card) Foreign passport number: \_\_\_\_\_

Country of issuance of the Foreign passport: זר: מהי ארץ הנפקת דרכון זר: \_\_\_\_\_

cell phone no: \_\_\_\_\_

(א) ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקפו, רק אם ייקבע לגביי שאני חולה הנוטה למות

ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשר, ושאני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

(A) I am aware that the power of attorney will take effect only if it is determined regarding me that I am a dying patient and after I have taken out from my assumed capacity, and that I suffer significant suffering, all according to the provisions of the Dying Patient Law.

(ב) ידוע לי שאם ייקבע לגביי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי,

לא ייכנס ייפוי הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר

**(B)** I know that if it is determined that I am a dying patient, but I was not removed from my assumed capacity, the power of attorney shall not take effect and my will at that time shall prevail.

**(ג)** ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה במתן ייפוי כוח חדש, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

**(C)** I am aware that I may change or revoke the power of attorney at any time, and as long as it is not determined that I do not have the legal capacity as stated in the Dying Patient Law; the method of cancellation will be by issuing a new power of attorney or by a cancellation form worded as per the Fourth Schedule.

**(ד)** ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים, או עד ליום \_\_\_\_\_  
(ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ייפוי הכוח.)

**(D)** I am aware that this power of attorney is valid for five years, or until (a date not exceeding five years from the date of signing the power of attorney can be filled out). \_\_\_\_\_

**(ה)** ידוע לי ואני מעוניין שייפוי כוח זה יהיה נגיש במערכת ממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי כדי שיוכל למלא את רצונותיי באמצעות מיופה הכוח,

**(E)** I know and I want this power of attorney to be accessible in a computerized system to any caregiver who will need it for the purpose of treating me so that he can fulfill my desire through the power of attorney,

**(ו)** לפי החוק, אם אהיה חולה נוטה למות ולא אהיה כשיר לקבל החלטות, ניתן יהיה להימנע מטיפול בי רק אם אסבול "סבל משמעותי". סבל משמעותי מוגדר בחוק ככאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו.  
בנוסף, עבורי, סבל משמעותי הוא גם כל אחד מהמצבים המפורטים להלן:

**(F)** By law, if I am a dying patient and I am not fit to make decisions, I can only be treated if I suffer "significant suffering". Significant suffering is defined in law as pain or suffering that a reasonable person would be

willing to make a considerable effort to avoid or eliminate, even if this involves a significant impairment in his quality of life or life expectancy. In addition, for me, significant suffering is also any of the conditions specified below

---

---

---

---

(ז) הנחיות רפואיות מקדימות: לשם ההבהרה, במצב שאוגדר כחולה הנוטה למות, ולא חולה נוטה למות במצב סופי ולא אהיה כשיר לקבל החלטות, אני מבקש בזאת:

**(G)** For the sake of clarity, in a situation where I will be defined as a dying patient, or as a patient tends to die in a terminal state and I will not be able to make decisions, I hereby request to: (You can mark the 2 choices)

- להמנע מ כל סוג של החיאה \ Avoid any kind of resuscitation
- להמנע מהתחלה של כל / Avoid starting of any type of artificial respiration / סוג של הנשמה מלאכותית

**OR \ או**

To give me exceptional life-extending medical treatment, even when in the opinion of the therapists it is not justified under the circumstances, and not to make any decision regarding the prevention of life-extending medical treatment \ לתת לי טיפול רפואי חריג מאריך חיים, גם כאשר לדעת \ המטפלים אין לו הצדקה בנסיבות העניין, ולא לקבל כל החלטה בדבר המנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

**(ח)** מיופה כוחי יוכל לקבל כל החלטה הנוגעת לטיפול הרפואי בי, כולל טיפול מאריך חיים, בין אם מדובר בהסכמה או בסירוב ובהימנעות מהטיפול המוצע, והכל במגבלות החוק ובכפוף לאמור בסעיף קטן ז'.

**(H)** My proxy may take any decision regarding medical treatment, including life-prolonging treatment, whether it is consent or refusal and avoidance of the proposed treatment, all within the limits of the law, and subject to subsection G.

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח נוסח מקוצר

**(ט)** למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי במצב בו אוגדר כ"חולה הנוטה למות" ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש.

**(I)** For the avoidance of doubt, this power of attorney applies only to issues of medical and nursing care in a situation where I will be defined as a "Dying Patient" and is not valid for financial and property matters.

**(י)** התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות / מסמכים אחרים (יש לסמן את בחירתך)

בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות בסעיף קטן ז' או בטופס אחר

**(J)** Reference to advance medical instructions / other documents (please mark your choice)

In addition to this power of attorney, I also gave advance medical instructions

Yes / כן

No / לא

במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה (בסעיף קטן ז' או בטופס אחר), לבין הוראה של מיופה

כוח, תגבר:

As long as you marked yes, in the event of a conflict between a prior medical direction (in subsection G or in another form) and a direction given by a proxy, the following shall prevail: (please mark your choice)

Advance medical directives \ ההנחיה רפואית המקדימה

Proxy instructions \ הוראות מיופה הכוח

---

### חתימת נותן ייפוי הכוח

(יש לחתום בפני שני עדים באותו זמן)

#### Signature of the Giving the power of attorney

It must be signed in front of two witnesses at the same time

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

I sign this document after careful consideration and out of free and independent will, and not out of family, social or other pressure.

Signature \ חתימה \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \_\_\_\_\_

### חתימת העדים

#### Signatures of the witnesses

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם נותן ייפוי הכוח)

(The document must be signed in front of two witnesses - at the same time with the giving the power of attorney)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך

We, the undersigned, attest that the signatory of the document is (please mark your choice)

personally known to us / מוכר לנו אישית

or

has identified himself before us by means of an identification document that includes a photograph / הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

חתם על המסמך בנוכחותי ובנוכחות העד השני, והוא נראה בעיני ערני מדבר לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו.

has signed the document in my presence and in the presence of the other witness, and it seemed to me that he was alert, and without any signs of being put under any pressure

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו של החתום ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם המסמך.

I declare that I am not the proxy of the signatory and am not a candidate to be such a proxy, and I have no economic or other interests with regards to the signatory of the document.

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – יפוי כוח נוסח מקוצר

**Witness 1:**

Surname \ משפחה : \_\_\_\_\_ First name פרטיל : \_\_\_\_\_

Israeli identity card no \ ת.ז.ת (9 digits): \_\_\_\_\_

Address: home \ office \ כתובת \_\_\_\_\_

Cell phone No \ מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_

Signiture \ חתימה \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \_\_\_\_\_

**Witness 2:**

Surname \ משפחה : \_\_\_\_\_ First name פרטיל : \_\_\_\_\_

Israeli identity card no \ ת.ז.ת (9 digits): \_\_\_\_\_

Address: home \ office \ כתובת \_\_\_\_\_

Cell phone No \ מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_

Signiture \ חתימה \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \_\_\_\_\_

חתימת מיופי הכוח (מומלץ):

**Signatures of proxies** (recommended):

רצוי לעודד שיחה בין נותן ייפוי הכוח לבין מיופה הכוח, כדי שמיופה הכוח יוכל לייצג העדפותיו לטיפול בסוף החיים בעת הצורך בפני הרופא האחראי.

It is recommended to encourage a conversation between the giver of the power of attorney and the proxy, so that the proxy can represent his preferences for end-of-life care when needed in presence of the accountable physician.

1. Surname \ שם משפחה : \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי : \_\_\_\_\_

Signature \ חתימה : \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \ \_\_\_\_\_

In the case of an additional/alternative proxy \ במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי \

2. Surname \ שם משפחה : \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי : \_\_\_\_\_

Signature \ חתימה : \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \ \_\_\_\_\_

In the case of an additional/alternative proxy \ במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי \

3. Surname \ שם משפחה : \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי : \_\_\_\_\_

Signature \ חתימה : \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \ \_\_\_\_\_

In the case of an additional/alternative proxy \ במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי \

4. Surname \ שם משפחה : \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי : \_\_\_\_\_

Signature \ חתימה : \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \ \_\_\_\_\_

In the case of an additional/alternative proxy \ במקרה של מיופה כוח נוסף/חלופי \

5. Surname \ שם משפחה : \_\_\_\_\_ First Name \ שם פרטי : \_\_\_\_\_

Signature \ חתימה : \_\_\_\_\_ Date \ תאריך \ \_\_\_\_\_

filling out an abbreviated version power of attorney form Instructions	This form is intended for those who are not defined as a "patient prone to death"
page	Instructions
Page 1 – <ul style="list-style-type: none"> <li>• Details of the giving the power of attorney</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• complete personal details must be filled including an E.MAIL address</li> </ul>
Page 2-3 – <ul style="list-style-type: none"> <li>• details of the giving the power of attorney</li> <li>• Choosing how to activate the power of attorney</li> <li>• Details of additional proxies (if interested)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• complete personal details must be filled in, including an E.MAIL address</li> <li>• Select the method of activation of the power of attorney</li> <li>• You can choose one or more additional proxies</li> </ul>
Page 4 – <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sections A – C</li> <li>• Section D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information</li> <li>• Section D is not mandatory to fill in, unless you wish to specify a term shorter than five years for the validity of the form</li> </ul>
Page 5 - <ul style="list-style-type: none"> <li>• Section F - what constitutes significant suffering</li> <li>• Section G</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Section F - There is no obligation to fill in what constitutes significant suffering</li> <li>• Section G - It is recommended to mark your choice</li> </ul>
Page 6 – <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sections I - J</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If advance medical directive form (of the Dying Patient Law) or section G also given, you should mark your choice</li> </ul>
Page 7 – 8 <ul style="list-style-type: none"> <li>• signatures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The signature of the giving the power of attorney should be of free will when he is clear and conscious</li> <li>• The signatures will be signed by the witnesses who are not the son,</li> </ul>

<p><b>filling out an abbreviated version power of attorney form Instructions</b></p>	<p><b>This form is intended for those who are not defined as a "patient prone to death"</b></p>
	<p>daughter, husband, wife or parents, and do not have a financial or other interest towards the giver of the instructions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The giving the power of attorney and the two witnesses must sign in the same position and on the same date</li> </ul>
<p>Page 9 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signature of the power of attorney (recommended)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• It is desirable to encourage a conversation between the giver of the power of attorney and the proxy, so that the proxy can represent his preferences for end-of-life care</li> </ul>
<p>be sure to attach a copy of the ID card and appendix</p>	<p>When sending the form to the Ministry of Health</p>