

Advance medical directives

Conditions for form approval

1. A photocopy of the ID number and appendix must attached to each form.

A form to receive at the center for medical instructions without a photocopy of ID card, will be send back to sender without handling

2. The details of the medical information given to the patient to understand the preliminary medical operations from which he will choose whether to avoid or not to avoid." The Dr or Nurse Need to explain, which of the treatments mentioned have the purpose of healing, which have the purpose of prolonging life, and which treatments have the main purpose of preventing pain or suffering. Explanation must described. In case the person defined as Dying Patient when filling out the form - a specialist doctor requires filling up the information.

3. Signatures

- Two not related witnesses to the first family (son, daughter, husband, wife, parents, and siblings) will sign the signature. The witnesses in their signature testify that the giver of the instruction is clear and fully aware when filling out the form.
- Method of acquaintance of witnesses - the witnesses must indicate at the top of the page how they met the giver of the instruction.
- The signature of the witnesses - the person giving the instructions must sign the form together with the two witnesses who are not related to the first family at the same time and date
- Signing the medical information release - the doctor or the qualified nurse who gave the medical explanation, should sign the statement on the signature page, fill in the required data, including the date and personal details required on the form.

A form with signatures on different dates of the witnesses and the person filling out the form will returned to the sender without processing.

A form with partial data will returned to the sender without processing.

If the person giving the instructions does not speak or read Hebrew, a translated form can downloaded from the website, or a certified certificate of the translator of the explanations and instructions on the form must attached.

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 - הנחיות רפואיות מקדימות

תוספת ראשונה

הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות

First Addendum

Advanced Directives as to Future Medical Care of a Dying Patient (Paragraph 31)

על פי החוק יש להוסיף צילום תעודת זהות וספח של ממלא הטופס

By law, you must attach a photocopy of your ID card and an appendix

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם הרוצה ליתן הנחיות רפואיות מקדימות

A person who wishes to give advance medical directives will apply this form.

1. בדבר הימנעות מטיפולים רפואיים הנהוגים בישראל יש למלא חלק א' או

2. בדבר קבלת טיפולים רפואיים להארכת חיים, גם בניגוד להמלצת הרופא יש למלא את חלק ב

1. regarding the avoidance of medical treatments customary in Israel *complete part A*

2. Regarding receiving medical treatments for life extension, even contrary to the doctor's recommendation Complete Part B

[Before completing the form, it is important to read carefully and follow the instructions on completing the form](#)

[The form must be completed in Hebrew](#)

חובה למלא הטופס בעברית

I, the undersigned: אני החתום מטה

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: _____

Address + zip code \ מען כולל מיקוד : _____

Year of Birth \ שנת לידה : _____ cell phone no: _____

Email: _____

(Please attach a clear photocopy of the I.D. card, including its appendix).

בעל כשרות 1- כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות.

A legally capable person 1- as defined in the Terminally Ill Patient Law, 2005-התשס"ו

(Hereinafter: Terminally Ill Patient Law), hereby give, in accordance with the provisions of the Terminally Ill Patient Law, advance medical guidelines.

לצורך מתן ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן

(א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

[For providing the advance medical guidelines I declare as follows](#)

(A) (1) **my current medical condition is:** It has been determined that I am a dying patient \ נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

(א) (2) **קיבלתי מידע רפואי:**

(A) (2) I received medical information:

By Dr or registered nurse \ או מוסמך או מד"ר: _____

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

Legally competent" - a legal definition

Those in whom all these take place

- (1) He is 17 years old
- (2) he is able to express his will
- (3) He has not been declared incompetent
- (4) He was not excluded from the assumption of legal capacity

²Medical information - legal definition

- 1. For a person determined to be a terminally ill patient, a specialist doctor will provide information regarding his medical condition, including extensive information regarding his condition that is relevant to the provision of instructions as well as medical information reasonably necessary for him to provide advance medical instructions.
- 2. For a person who has not been determined to be a terminally ill patient, a doctor or a registered nurse will provide the medical information reasonably necessary for him to provide advance medical instructions.

(א). פירוט המידע הרפואי שנמסר למטופל להבנת הפעולות הרפואיות המקדימות מהם יבחר אם להימנע או לא להימנע" (יירשם על ידי רופא/ אח מוסמך / רופא מומחה): (יש לכתוב תיאור ההסבר אודות המונחים הרפואיים המופיעים בטופס, ולציין שהמטופל הבין את הסעיפים אותם מילא (לא אבחנות רפואיות)

(A). the details of the medical information given to the patient to understand the preliminary medical procedures to choose from, whether to avoid or not" (a doctor, qualified nurse or specialist must record):

(One must write a description of the explanation about the medical terms that appear on the form, and state that the patient understood the sections he filled out (not medical diagnoses)

לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:

יש להדגיש בפני נותן ההוראות, אלו מהטיפוליים המוזכרים מטרתם ריפוי, אלו מטרתם הארכת חיים ואלו טיפולים מטרתם העיקרית היא מניעת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת הנחיות מוקדמות מדעת, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף. (דוגמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יעיל המונע או מפחית כאב)

For the attention of the physician or nurse providing the medical information:

Please emphasize to the instructions provider, which of the treatments mentioned are for healing, which are for prolonging life and which treatments their main purpose is to prevent pain or suffering. Without this information, it is not possible to give advance instructions, so they may not be valid. (Example: The administration of radiation treatments is in many cases an effective palliative treatment that prevents or reduces pain)

For a patient in the status of terminally ill, the specialist doctor should also write down the medical diagnoses

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

(ב) ידוע לי כי ההנחיות ייכנסו לתוקף, כלומר שהטיפול הרפואי שיינתן לי יהיה בהתאם להנחיות אלה רק אם יקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת הייתי כשיר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכול לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

(b) I am aware that these directives shall come into effect, that is, that the medical care given me shall conform to these directives, only once it has been determined that I am Dying Patient, and I have been declared incompetent and I am suffering significantly, all the foregoing within the meaning of the Dying Patient law.

(ג) ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, יגבר רצוני על האמור בהנחיות אלה.

(c) I am aware that if it has been determined that I am a Dying patient, and still competent, that my expressed wishes shall take precedence over the provisions of these directives.

(ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות אלה בכל עת, וכל עוד לא יקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה בהנחיות רפואיות חדשות, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

(d) I am aware that I may alter or cancel these medical directives at any time, as long as I am competent within the meaning of the law; the cancellation shall take the form of new medical directives or a completed cancellation form, as provided in Appendix 4.

(ה) ידוע לי כי תוקף הנחיות אלה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצוין להלן: _____ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ההנחיות הרפואיות המקדימות). בתום התקופה האמורה יכול ורופא אחראי יתחשב בהנחיות אלה, אם ההנחיות לא בוטלו.

(e) I am aware that these medical directives shall remain valid for five years or for a period not exceeding five years, namely until: _____ (A date may be specified here not more than five years from the date the advance medical directives form is signed). At the end of the period, a Physician may consider these directives, unless I canceled them.

חלק א: הוראות רפואיות מקדימות להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים

א1. סבל משמעותי

Part A: ADVANCE MEDICAL DIRECTIVES NOT TO PERFORM LIFE-PROLONGING MEDICAL PROCEDURES

1. אחשב כסובל סבל משמעותי (כפי שהוגדר בחוק) רק אם: אסבול כאב 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, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

A1. Significant Suffering

1. I consider to be significant suffering (as defined by law), only if I will suffer pain or suffering which a reasonable person would be ready to make a great effort to avoid or eliminate it, even at the cost of significant change to his life quality or expectancy. Only in that state, and if I will be incompetent dying patient, these advance medical directives be followed

2. ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, ימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה.
סבל משמעותי עבורי הוא: (אפשר לסמן מספר אפשרויות)

2. I am aware that only if I reach a state of 'significant suffering', as defined by me, and will be incompetent dying patient, procedures will not be performed on me accordance with the advance medical directives in this document;

Significant suffering, as I define it, is

- Requiring being artificially fed/nourished \ היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים
- I am quadriplegic (paralyzed in all four limbs) \ מצב בו אני משותק בארבע גפיים
- A state of dementia \ מצב של שטיון (דמנציה)
- I require any of the following treatments \ היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלה:

One of the following conditions: \ אחד ממצבים אלה

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

2א. במצב של חולה הנוטה למות, אלו הפעולות שאני מורה להימנע או לא להימנע מלתת לי

A2. In the case, I will be a patient who is prone to death; I order these actions to

Perform or not to Perform on me [Cross-out what does not apply and circle your choice]

לא להימנע Perform	להימנע Do not perform	The type of operation	Serial	
Perform	Do not perform	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית. Resuscitation in any possible way	A.	א.
Perform	Do not perform	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני. Resuscitation by external cardiac massage	B.	ב.
Perform	Do not perform	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה. Resuscitation by endotracheal intubation	C.	ג.
Perform	Do not perform	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה. Resuscitation by administering resuscitation drugs	D.	ד.
Perform	Do not perform	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי Resuscitation by electric shock	E.	ה.
Perform	Do not perform	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing)	F.	ו.
Perform	Do not perform	אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר) If you choose to connect to a ventilator with a timer. Please specify for how long to maintain _____ days/weeks/months/without time limit (please specify a number. (Cross out what does not apply)		
Perform	Do not perform	חיבור לדיאליזה Dialysis	G.	ז.
Perform	Do not perform	אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול. If you choose to perform Dialysis, would you like to continue if the dialysis is proving to have no useful effect?		
Perform	Do not perform	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי). Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	H.	ח.
Perform	Do not perform	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	I.	ט.
Perform	Do not perform	הקרנות במחלה ממארת Radiotherapy for malignant diseases	J.	י.
Perform	Do not perform	כימותרפיה במחלה ממארת Chemotherapy for malignant diseases	K.	יא.
Perform	Do not perform	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפול אנטיביוטיים שגרתיים. Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	L.	יב.
Perform	Do not perform	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	M.	יג.

You can add reservations or limitations in writing to each section

לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:

יש להדגיש בפני נותן ההוראות, אלו מהטיפולים המוזכרים מטרתם ריפוי, אלו מטרתם הארכת חיים ואלו טיפולים מטרתם העיקרית היא מניעת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת הנחיות מוקדמות מדעת, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף. (דוגמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יעיל המונע או מפחית כאב)

For the attention of the physician or nurse who provide the medical information:

It should be emphasized to the provider of the instructions, which of the treatments mentioned are for healing, which are for prolonging life and which treatments their main purpose is to prevent pain or suffering. Without this information, it is not possible to give advance instructions, so they may not be valid. (Example: The administration of radiation treatments is in many cases an effective palliative treatment that prevents or reduces pain)

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

א3. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי אלו הפעולות שאני מורה להימנע או לא להימנע מלתת לי: (חולה שתוחלת חייו

אינה עולה על שבועיים) (מחק את המיותר וסמן בעיגול בחירתך)

A3. In the case of a terminally ill patient in final state these are the actions I instruct to Perform or Not to Perform on me (a patient whose life expectancy does not exceed two weeks) [Cross out

What does not apply and circle your choice]

Perform לבצע	Do not perform לא לבצע	actions	serial	
Perform	Do not perform	ביצוע החייה בכל דרך אפשרית. Resuscitation in any possible way	A	א.
Perform	Do not perform	ביצוע החייה בדרך של עיסוי לב חיצוני. Resuscitation by external cardiac massage	B	ב.
Perform	Do not perform	ביצוע החייה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה. Resuscitation by endotracheal intubation	C	ג.
Perform	Do not perform	ביצוע החייה בדרך של מתן תרופות החייה. Resuscitation by administering resuscitation drugs	D	ד.
Perform	Do not perform	ביצוע החייה בדרך של הלם חשמלי Resuscitation by electric shock	E	ה.
Perform	Do not perform	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing)	F	ו.
Perform	Do not perform	אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר) If you choose to connect to a ventilator with a timer. Please specify for how long to maintain _____ days/weeks/months/without time limit (please specify a number. Cross out what does not apply)		
Perform	Do not perform	חיבור לדיאליזה Dialysis	G	ז.
Perform	Do not perform	אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול. If you choose to perform Dialysis, would you like to continue if the dialysis is proving to have no useful effect?		
Perform	Do not perform	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי). Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	H	ח.
Perform	Do not perform	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	I	ט.
Perform	Do not perform	הקרנות במחלה ממארת Radiotherapy for malignant diseases	J	י.
Perform	Do not perform	כימותרפיה במחלה ממארת Chemotherapy for malignant diseases	K	יא.
Perform	Do not perform	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים. Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	L	יב.
Perform	Do not perform	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	M	יג.
Perform	Do not perform	טיפולים שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו. Routine procedures, e.g. giving antibiotics, blood & blood products	N	יד.
Perform	Do not perform	טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין Treating accompanying diseases, e.g. administering insulin	O	טו

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

Perform לבצע	Do not perform לא לבצע	actions	serial	
Perform	Do not perform	מתן מזון בדרך מלאכותית Giving food artificially	P	ט.ד.
Perform	Do not perform	מתן נוזלים בדרך מלאכותית Giving liquids artificially	Q	ז.
Perform	Do not perform	מתן תרופות וטיפולים מקלים Giving palliative treatment and drugs	R	ח.

You can add reservations or limitations in writing to each section

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

א4. הוראות למצב חירום

מצב חירום מוגדר מצב שבו נדרש טיפול מידי שאם לא כן החולה ימות.
(את הסעיף הבא יש למלא רק אם ברצונך ליתן הנחיה שונה מההנחיות הקודמות לגבי מצב חירום)

4A. Instructions for Emergencies

A definition of emergency in which immediate treatment is required, otherwise the patient will die.

The following paragraph should be completed only if you want to give a guideline different from the previous guidelines regarding an emergency.

את הסעיף הבא יש למלא רק אם ברצונך ליתן הנחיה נוספת להנחיות שניתנו בחלק 4א'.

The following paragraph should be completed only if you want to give additional guidelines given in Part 4A.

א5. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל

A5. Personal instructions not listed above

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

חלק ב: הוראות רפואיות מקדימות למתן טיפול רפואי חריג (להארכת חיים) גם כאשר לדעת המטפלים אין לו הצדקה בנסיבות העניין

Part B: Advance medical instructions for the provision of exceptional medical treatment (for life extension) even when, in the opinion of the caregivers, it has no justification in the circumstances of the case

Section B1 (for life extension) should not filled in, if Section A2-3 has been marked.

ב 1. יש לנקוט בכל דרך רפואית אפשרית על מנת להאריך את חיי גם אם הפעולות הללו יוסיפו סבל, וגם אם הרופאים המטפלים בי יחשבו שאין הצדקה לנקוט בפעולות כאלו. בכלל בקשתי זו: לבצע החייאה מלאה, לצנרר את הקנה, לחבר למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית), לתת טיפולים בדיאליזה, בכימותרפיה, ברדיותרפיה, באנטיביוטיקה, בדם ובמוצרי, במזון ובנוזלים בכל דרך אפשרית, ובכל טיפול רפואי רלוונטי שמטרתו היא הארכת חיי.

את הסעיפים הבאים יש למלא רק אם ברצונך ליתן הנחיה שונה מההנחיות הקודמות לגבי מצב חירום. מצב חירום מוגדר מצב שבו נדרש טיפול מידי שאם לא כן החולה ימות

B1. Every possible medical procedure **to prolong my life** should performed, even if the procedures will cause me additional suffering and even if, and my attending physicians consider the procedures unjustifiable.

My request that my physicians will perform full resuscitation, endotracheal intubation, ventilation (Artificial breathing machine), perform dialysis, chemotherapy, Radiotherapy, administer antibiotics, blood and blood products, food and liquids, in any manner possible and as part of any medical procedure capable of prolonging my life. These (life prolonging) directives shall apply when I am -

A dying patient (up to 6 months life expectancy) 6 עד (כשתוחלת החיים) חולה הנוטה למות (חודשים)

A Dying Patient in Final Stage (up to 2 week's life expectancy) סופי (כשתוחלת החיים עד שבועיים) חולה הנוטה למות במצב

These directives include / do not include experimental procedures.

הוראות אלה כוללות: טיפולים ניסויים / לא כוללות טיפולים ניסויים

ב 2. הוראות למצב חירום

B2. Instructions for an Emergency

ב 3. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל

B3. Personal directions not mentioned above

חלק ג: הצהרות

Part C: Statements

1. בנוסף להנחיות רפואיות מקדימות אלה נתתי גם ייפוי כוח (ייפוי כוח מחוק החולה הנוטה למות) ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם לייפוי הכוח האמור והן בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

1. In addition to the advance medical directives, I have given a Surrogacy Appointment, Yes \ כן (mark if yes)

In addition, I direct my caregivers to act in accordance with both, Surrogacy Appointment and these medical directives.

2. כמו כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של :

2. I hereby direct that, in case of a contradiction between my advances medical directive and a directive of my appointed surrogate, precedence shall go to: (Mark one of the alternatives)

הנחיה רפואית מקדימה \ My advance medical directives

הוראה של מיופה כוח \ My appointed Surrogate

3. ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף (2) לעיל בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם ייפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר ועדה מוסדית.

3. I am aware that, in the absence of directions under Article (2) above, concerning a contradiction between these advances medical directives and the said surrogacy appointment, the directives shall take precedence. However - if the surrogacy appointment given a considerable time after the directives, then an institutional Committee shall decide the precedence between them.

4. הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח:

4. Further instructions concerning a contradiction between an advances medical directive and a directive my appointed Surrogate:

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

הצהרה על יידוע אנשים נוספים על קיום ההנחיות

(אין חובה ליידע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות).

Declaration on informing other persons of complying with the directives

(There is no obligation to inform, but this improves the chances of effective and correct application of the guidelines).

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

I hereby declare that I have talked with the persons noted below about this document and that I have given them/have not given them (Cross out whichever does not apply) a copy of this document.

_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship
_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship
_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship
_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship
_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship
_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship
_____	פרטיו: Details	_____	קירבה: Relationship

Please complete on relationship one of the following options: Spouse, attorney, doctor, neighbor, brother, son, rabbi, kaddi, priest, etc. On details, complete full name and cell phone number.

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

חתימות:

חתימת נותן ההנחיות הרפואיות המקדימות (יש לחתום בפני שני העדים במעמד החתימה)

Signatures:

Signature of the advance medical instructions provider (It must signed in front of both witnesses at the signing stage)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר. (יש לחתום רק במעמד העדים)

I sign this document after deep consideration and out of free and independent will, and not out of family, social or other pressure. (Sign only in the presence of witnesses)

_____ חתימה \ Signature _____ Date \ תאריך

_____ טלפון \ Phone No. _____ טל. נייד \ Cell phone No. _____

חתימות העדים: (שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם חתימת נותן ההנחיות)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך דלעיל:

Witnesses' signatures: (Both witnesses must sign on the same occasion with the person giving the instructions).

We, the undersigned, witness that the above signatory of the above document:

Is personally known to us or \ מוכר לנו אישית \

OR \ א (Mark one of the alternatives)

Is personally known to us \ הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה \

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערנית/מדברת/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. (לא יהיה עד מי שהוא בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

Signed this document in our presence and that he/she appears to us fully aware and speaking to the point, and that there is no sign of any pressure brought to bear on him/her.

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 concerning the signatory of the document. (A witness may not be one that has economic or other interests involving the signatory, including a family member who has economic or other such interests. However, a doctor or a nurse may be witnesses)

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

Witness 1:

Full name \ שם מלא _____

Israeli identity card no. (Nine digits) \ מספר ת.ז. _____

Address \ כתובת _____

Cell phone no. \ טל. נייד _____

Signature \ חתימה _____ Date \ תאריך _____

Witness 2

Full name \ שם מלא _____

Israeli identity card no. (Nine digits) \ מספר ת.ז. _____

Address \ כתובת _____

Cell phone no. \ טל. נייד _____

Signature \ חתימה _____ Date \ תאריך _____

חתימת מוסר המידע הרפואי

רופא או אח מוסמך יחתמו כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.

רופא מומחה יחתום כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא בסטטוס חולה הנוטה למות.

Signature of the medical information provider

A doctor or a certified nurse will sign when the person giving the instructions is not a

Person determined to be a terminally ill patient.

A specialist doctor will sign when it is determined regarding the person who provided the

Guidelines that he is in a terminally ill patient status.

אני _____, רופא/ אח מוסמך (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את פירוט

המידע הרפואי (עמ' 2) ומסרתי למר/גב' _____ בתאריך _____

מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את

המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

שם _____ ת.ז. _____ מס' רישיון: _____

מען _____ טלפון _____

טל. נייד _____ חתימה _____ תאריך _____

I, _____, a physician/ registered nurse, [Cross out whichever does not apply], hereby confirm that I wrote the précis of medical information (page 2) and on (date) _____ gave Mr./ Ms. _____ medical information about his/her condition he/she may reasonably require for issuing advance medical directives. I also confirm that I explained to him/her the medical terms used in this form and that it was my impression that he/she understood that information I gave him/her.

Name _____ ID number _____

License number: _____ Address _____ Phone _____ Mobile Phone _____

Signature _____ Date _____

Instructions	for filling out the Advance Medical Guidelines form
Page	Guidelines
Page 1 - Personal details and details of the doctor or nurse who provided you with the information	<p>Personal details: Full name, ID Card number, year of birth and current address <u>as shown on the ID Card</u>. You can add another mailing address.</p> <p>Medical condition: mark only if you are a terminally ill patient</p> <p>Note from whom you received medical information: Name of the doctor or registered nurse</p>
Page 2 - Details of the medical information summary - will be written down by a doctor, a specialist doctor, or a registered nurse (except a dentist or veterinarian)	<p>Explanation by the doctor/nurse about the medical terms that appear on sections A2 and A3. The wording of the summary of the medical information will be as follows:</p> <p>I explained to Mr. X the medical terms in the form, for example: CPR, ventilation, dialysis. Mr. X understood the explanation. In the case of filling out a form by a terminally ill patient, only a specialist doctor can fill out this section.</p> <p>In addition, a summary of medical diagnoses must be attached to the summary of the information. The doctor/nurse should sign at the end + stamp</p>
Page 3(e) – Not a must	There is no obligation to fill out this page
Page 4 - Significant suffering/ There is no obligation to fill out this page	<p>There is no obligation to fill out this page</p> <p>If this page is not marked, the definition of significant suffering will be in accordance with the law.</p>
Page 5 – A table detailing the different types of medical treatments to choose from, the situation in which the form filler will be or is in the status defined as a "terminally ill patient" (whose life expectancy is up to 6 months) Mark around your choice (circle) <u>Avoid</u> - meaning not to get treatment. or <u>Not avoid</u> - meaning to getting treatment	<p>Paragraphs (a)-(f) list all the ways of performing ventilation/CPR.</p> <p>Section (f) - Connection to a respirator - this is a future treatment that does not currently exist in practice. However, the person giving the guideline who chooses not to avoid connecting to a respirator should indicate the length of time to use the respirator (if any). Specify the number of days or weeks or months, etc. to indicate the length of time you choose to connect to the ventilator.</p> <p>Sections (g)-(m) - dialysis, surgeries, painkillers, chemotherapy, antibiotics, and diagnostic tests.</p>
Page 6 – Table detailing the Different types of medical treatments to choose from, for a condition defined as a "terminally ill patient" <u>in a Terminal stage</u> (whose life expectancy does not exceed two weeks) Mark around your choice (circle) <u>Avoid</u> - means not getting treatment.	<p>Paragraphs (a)-(m), just like page 5.</p> <p>Paragraph (r) - This paragraph addresses the administration of painkillers and not to prolong life, and therefore it is not possible to avoid receiving this treatment, and you should mark <u>"Do not avoid"</u></p>

Instructions	for filling out the Advance Medical Guidelines form
Page	Guidelines
Or Do not avoid - it means yes to getting treatment	
Page 7 – Emergency Guidelines	There is no obligation to fill out this page.
Page 8 – Advance Medical Guidelines for administering exceptional medical treatment to prolong life	There is no obligation to fill out this page. The person who fills out this page actually seeks to prolong life in any situation and get all the medical treatments performed on him even if the doctors are of the opinion that the treatments are ineffective. If there is no intention to prolong life, there is no need to fill out this page. You cannot fill this page and pages 4-5' it is a contradiction.
Page 9 – part C - Statements	Section C1 - If a power of attorney form (of the Dying Patient Law) given in addition to the preliminary medical instructions, it will mark his choice. Section C2 - If, in addition to the medical directive, a power of attorney form was attached (from the Dying Patient Law), in the event of a conflict between the forms, it must be indicated which decision will prevail. It recommended filling Sections 3+4 on this page.
Page 10 – More statements	Let people know - it is not mandatory to fill this part, but it is recommended.
Page 11 - Signatures - Signature of the person giving the Advance Medical Guidelines	The signature of the person giving the instruction should be of free will when he is clear and fully aware. The person giving the instructions and the two witnesses must sign in the same position and date. The person giving the instructions must fill in full details: full date, full name, phone and his signature.
Page 12 – Witnesses Signature Signature of witnesses and the doctor or nurse	How did the Witnesses get to know the person giving the guidelines - witnesses must indicate on the top of the page how they have to know the person giving the guideline. Signature of witnesses - 2 witnesses who are not first-degree relatives (son, daughter, husband, wife, parents) and do not have an economic or other interest towards the person giving of the instructions, will sign at the occasion of the signature of the person giving the instructions. The person giving the instructions and the two witnesses must sign on the same occasion and on the same date.

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

Instructions	for filling out the Advance Medical Guidelines form
Page	Guidelines
	<p>They must fill out full details: Full date, full name, phone number.</p> <p><u>Signature of the person providing the medical information</u> - the doctor or registered nurse who gave the medical explanation on the form must fill out the statement to whom they gave the medical information, on what date and fill out their required personal details on the form. In the case of a "terminally ill patient" (who has half a year left to live), a specialist doctor should sign and fill out his/her full details in the section below.</p>

When sending the form, be sure to attach a copy of the ID card and appendix