

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

Terms for form approval

1. Personal data - p. 1
 - The personal details must filled in
 - You must indicate which forms you are canceling
2. Signatures – p. 2 - 3
 - You must sign in the presence of two witnesses. They must not be your son, daughter, husband, wife, parents or sibling.
 - The witnesses in their signature testify that you are clear and fully aware when filling out the form.
 - Method of acquaintance of witnesses - the witnesses must mark the manner of their acquaintance with you.
 - The signature of the witnesses - the witnesses should sign in your presence, at the same time and date.
 - A form with different signatures dates, and or partial data, will not be accepted' and 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 - 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

Fourth supplement

Instructions for canceling advance medical directives or canceling a power of attorney (Paragraphs 33, 38 and 43)

This form intended to cancel existing medical directives or power of attorney

The form must filed in Hebrew

I, the undersigned \ אני החתום מטה \

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

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

Address + zip cod \ מען כולל מיקוד : _____

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

Email address _____

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

Have legal capacity as defined in the Dying Patient Law, 2005 (hereinafter: the Dying Patient Law), I hereby canceling the form:

(Check one or more of the following options) \ (סמן חלופה אחת או יותר)

The advance medical instructions issued by me on (date) \ תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום _____

The Surrogacy Appointment issued by me on (date) \ תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום _____

The advance medical directives and combined power of attorney issued by me on (date) \ תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח משולבים שניתנו על ידי ביום _____

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

חתימת המבטל

(יש לחתום בפני שני עדים)

Signature of the canceler

(Must be signed in the presence of two witness)

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 deep and careful consideration and of my own free and autonomous will, and not in consequence of any familial, social or other pressure.

Signature \ חתימה _____ Date \ תאריך _____

חתימת העדים

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

Signatures of the witnesses

(The two witnesses must sign in each other's presence, at the same time with as the form holder's signature)

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

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 - ביטול הנחיות רפואיות
מקדימות וביטול ייפוי כוח**

Witness 1:

Surname/משפחה שם : _____ First Name/פרטי שם: _____

Israeli identity card ת.ז.לס (9 digits): _____

Address: home \ office כתובת\ _____

Cell phone No מספר טלפון נייד\ _____

Signature חתימה\ _____ Date תאריך\ _____

Witness 2:

Surname/משפחה שם : _____ First Name/פרטי שם: _____

Israeli identity card ת.ז.לס (9 digits): _____

Address: home \ office כתובת\ _____

Cell phone No מספר טלפון נייד\ _____

Signature חתימה\ _____ Date תאריך\ _____