

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

## Conditions for form approval

1. A photocopy of the ID number and appendix must attached to each form. Without it, it will be send back to sender without handling
2. The Dr or Nurse Need to explain the details of the medical information. Which have the purpose of healing, or of prolonging life, and which of preventing pain or suffering. Explanation must described in writing. If you defined as Dying Patient when filling out the form, a specialist doctor requires filling up the information.

If you chose section A or B, on the Powers of Attorney on page 6, there is no need to fill in the doctor or nurse's explanation and their signatures.

### 3. Signatures

- The two witnesses must not be related to the first family (son, daughter, husband, wife, parents, and siblings) will sign. The witnesses in their signature testify that the Power of Attorney provider is clear and fully aware when filling out the form.
- Method of acquaintance - the witnesses must indicate how they know the Power of Attorney's provider.
- Signatures - the Power of Attorney's provider must sign the form together with the two witnesses at the same time and date
- Signing the medical information release - the doctor or the registered nurse, must sign the statement on the signature page, fill in the required data, including the date and personal details required on the form. (only for those filled section C on the Powers of Attorney on page 6)

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.

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

Ministry of Health

Center for Advance Medical Instructions

39 Jeremiah St.

Jerusalem 9446724

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

## תוספת שנייה

ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42)

### Second supplement

#### Power of attorney to provide medical instructions for treating a dying patient

(Articles 37, 42)

#### חובה למלא הטופס בעברית – The form must be completed in Hebrew

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות<sup>1</sup>

This form is to be filled out by a person willing to grant another person power of attorney to decide on his behalf what medical care shall or shall not be given, should he become terminally ill and incompetent, or terminally ill in the final stage and incompetent<sup>1</sup>.

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: \_\_\_\_\_

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<sup>1</sup> כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה

למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח:

לצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן

Being competent within the meaning of the Terminally-Ill Patients Act, 2005

(hereafter — the Terminally-Ill Patients Act), hereby issue, under the provisions of the Terminally-Ill Patients Act, this power of attorney:

For granting the power of attorney, I declare as follows

<sup>1</sup> 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

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

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

(2) קיבלתי מידע רפואי<sup>2</sup>:  
(2) I received medical information by Dr or registered nurse \ אח מוסמך או מד"ר \:

\_\_\_\_\_

(A Specialist will provide the information only for terminally ill pt.)

פירוט המידע הרפואי שנמסר למטופל להבנת הפעולות הכלולות בייפוי הכוח מהם בחר להימנע (פירוט המידע 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)

The details of the medical information given to the patient to understand the preliminary medical procedures included In the power of attorney he chose to avoid (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 ייפוי הכוח, אלו מהטיפולים המוזכרים מטרתם ריפוי, אלו מטרתם הארכת חיים ואלו טיפולים מטרתם העיקרית היא מניעת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת ייפוי כוח מדעת, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף.

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

Please emphasize to the power of attorney 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 power of attorney, so it may not be valid. (Example: The administration of radiation treatments is in many cases an effective palliative treatment that prevents or reduces pain)

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.

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

**(ב).** ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנסו לתוקפו, רק אם יקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשיר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכול לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

**(B).** I am aware that this power of attorney will take effect, only once it has been determined that I am Dying Patient, and I have been declared incompetent and I am suffering significantly, and all according to the provisions of 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 this power of attorney.

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

**(D).** I am aware that I may alter or cancel this power of attorney at any time, as long as I am competent within the meaning of the law; The method of cancellation will be by issuing a new power of attorney form and a completed cancellation form, as provided in Appendix 4.

**(ה).** ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים או לתקופה עד חמש שנים, כמצוין להלן:  
(ניתן למלא תאריך אחר עד חמש שנים מתאריך החתימה על \_\_\_\_\_  
ייפוי כוח זה).

**(E).** I am aware that this power of attorney shall remain valid for five years or up to five years, namely until: \_\_\_\_\_ (A date may be specified here up to five years from the date the power of attorney form is signed).

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

## ייפוי הכוח

### Power of attorney

אני נותן בזה ייפוי כוח למנויים להלן, על מנת שיפעלו 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 שיפעלו בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה, אני נותן את ייפוי הכוח ל:

I hereby grant power of attorney to the persons noted below so they may act on my behalf when I become terminally ill (death imminent) and incompetent. When I cannot issue instructions or consent to medical procedures due to lack of intellectual, mental or physical ability to do so. In addition, I will be suffering significantly, so in accordance with the instructions in this power of attorney, I hereby grant power of attorney to

1. Full name \ שם מלא \_\_\_\_\_

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

Address \ כתובת \_\_\_\_\_

Cell phone no. \ טל. נייד \_\_\_\_\_

לא יוכל או יסרב האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את:

Should the person mentioned above not be able or refuse to be my proxy, I appoint to be my proxy instead:

2. Full name \ שם מלא \_\_\_\_\_

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

Address \ כתובת \_\_\_\_\_

Cell phone no. \ טל. נייד \_\_\_\_\_

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

סבל משמעותי

## Significant Suffering

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 לייפוי כוח זה.

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, this power of attorney 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 לייפוי כוח 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 power of attorney 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

---

---

---

---

### Powers of an Attorney

Choose one of the following alternatives, a – c:

א. מיופה כוחי יוכל לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מארכי-החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

A. A proxy will be able to make any decision regarding medical treatment or non-medical treatment in me with regard to all life-prolonging medical treatments, whether it is consent to the provision of life-prolonging medical treatment or to refrain from life-prolonging medical treatment.

ב. מיופה כוחי רשאי לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי חריג מאריך חיים, גם כאשר לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות העניין, אך אינו רשאי לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

B. A proxy may act in my name only with the consent to provide exceptional life-prolonging medical treatment, even when the caregivers are of the opinion that such treatment is not justified in the circumstances of the case, but is provident to make a decision regarding the avoidance of life -prolonging medical treatment.

ג. מיופה הכוח רשאי להחליט לגבי הטיפולים המנויים להלן והמסומנים:

C. The proxy may decide on the treatments listed and marked below:  
(Please mark your choice)

Provide me life-prolonging medical care \ לתת לי טיפול רפואי מאריך חיים

או \ Or

Avoid providing me prolonging medical care \ להימנע מלתת לי טיפול רפואי מאריך חיים

זאת בהתאם להנחיות המופיעות בסעיפים ג1 – ג4  
רק מי שבחר בחלופה ג ימלא סעיפים ג1 – ג4

This is in accordance with the instructions that appear in sections C1 - C4

Only those who have chosen alternative C should fill out sections C1 – C4

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

## ג.1. במצב של חולה הנוטה למות:

(יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ג') סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

### C1. In the condition of a terminally ill patient

(Fill out only if you have chosen a power of attorney in alternative C)

Mark with X the actions included in the power of attorney

Mark your choice	Medical action		
	Resuscitation in any possible way ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית.	(א)	(a)
	Resuscitation by external cardiac massage ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני.	(ב)	(b)
	Resuscitation by endotracheal intubation ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה.	(ג)	(c)
	Resuscitation by administering resuscitation drugs ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה.	(ד)	(d)
	Resuscitation by electric shock ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי	(ה)	(e)
	Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן	(ו)	(f)
	If you chose to perform, it means that you want to connect to the breather. please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply) אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/שבועות/חודשים/ללא הגבלה (מחק את המיותר)		
	Dialysis חיבור לדיאליזה	(ז)	(g)
	If you chose to perform, would you like to continue if there is no useful effect? אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול?		
	Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי).	(ח)	(h)
	Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	(ט)	(i)
	Radiotherapy for malignant diseases הקרנות במחלה ממארת	(י)	(j)
	Chemotherapy for malignant diseases כימותרפיה במחלה ממארת	(יא)	(l)
	Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים.	(יב)	(m)
	Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	(יג)	(n)

לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:

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

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

## ג. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי:

(יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ג'), סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

### C.2 Should I reach a terminally ill state (death imminent)

(Fill out only if you have chosen a power of attorney in alternative C) Mark with X the actions included in the power of attorney

Mark your choice	Medical action		
	Resuscitation in any possible way	a.	א.
	Resuscitation by external cardiac massage	b.	ב.
	Resuscitation by endotracheal intubation	c.	ג.
	Resuscitation by administering resuscitation drugs	d.	ד.
	Resuscitation by electric shock	e.	ה.
	Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing)	f.	ו.
	<p>אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר)</p> <p>If you chose to perform, it means that you want to connect to the breather. please specify for how long it is to be maintained: _____</p> <p>days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)</p>		
	Dialysis	g.	ז.
	<p>אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול.</p> <p>If you chose to perform, would you like to continue if there is no useful effect?</p>		
	Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	h.	ח.
	Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	i.	ט.
	Radiotherapy for malignant diseases	j.	י.
	Chemotherapy for malignant diseases	k.	יא.
	Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	l.	יב.
	Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	m.	יג.
	Routine procedures, e.g. giving antibiotics, blood & blood products	n.	יד.
	Treating undercurrents illnesses, e.g. administering insulin	h.	טו
	Giving food artificially	i.	טז.
	Giving liquids artificially	j.	יז.
	Giving palliative treatment and drugs	k.	יח.

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

**ג3. מצבי חירום אחרים** (מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות)

**C.3 Instructions for other Emergency Situations** (a condition that require immediate treatment or the patient will die)

---

---

---

---

**ג4. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל** (יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

**C.4 Personal Directions not mentioned above** (Fill out this section only if you are willing to provide an instruction regarding an emergency different from the above-mentioned one)

---

---

---

---

**ג5. בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל, אני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה הכוח הראשון, אם לא ניתן להשיג את מיופה הכוח במועד הדרוש, או שהוא אינו יכול או סירב למלא את תפקידו, אני מנחה את המטפלים בי לפנות למיופה הכוח השני.**

**C.5** With respect to every medical question regarding my treatment under the conditions specified above, I direct my caregivers to contact first the first proxy; should it not be possible to reach this person at the required time, or should he be unable or unwilling to fulfill his duties, I direct my caregivers to contact the second proxy.

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

## ד. התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות

### With regards to advance medical instructions

(1) בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות (סמן אם כן)

ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם להנחיות האמורות והן בהתאם לייפוי כוח זה.

(1)  In addition to power of attorney, I issued advance medical instructions, (Check if yes) and I direct my caregivers to act in accordance with both, the medical instructions and this power of attorney.

(2) 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 instructions and an instruction of the holder of my power of attorney, precedence shall go to (Check one of the two boxes)

My advance medical instruction / הנחיה רפואית מקדימה

Power of attorney order / הוראה של מיופה כוח

(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 an instruction under Article D.2 below, concerning a contradiction between the said advance medical instructions and this power of attorney, the instructions shall take precedence, but if the power of attorney given significantly later than the instructions, then an institutional board shall decide the precedence between them.

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

(4) Additional instructions regarding a conflict between preliminary medical instructions and a power of attorney:

---

---

---

---

**הצהרות**

**הצהרה על יידוע אנשים נוספים על קיום ייפוי הכוח**

**DECLARATIONS**

Other persons informed of my power of attorney

(ימולא רק אם נותן ייפוי הכוח שוחח עם מי מהאנשים המנויים להלן ו/או נתן לאנשים אלה עותק. אין חובה ליידע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ייפוי הכוח).

There is no duty to inform other persons, but doing so increases the efficiency and correctly of your power of attorney.

If you have not informed another person, go directly to the next section, Signature.

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה,

I hereby declare that I have talked with the persons noted below about this document and (Check out whichever apply)

I have given them a copy of this document / נתתי להם עותק מהמסמך הזה

I have not given them a copy of this document / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה

If you have informed another person, please check the relevant boxes below clearly and insert the required details.

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.

Relationship / קירבה \_\_\_\_\_, Details / פרטיו / פרטיו \_\_\_\_\_

Relationship / קירבה \_\_\_\_\_, Details / פרטיו / פרטיו \_\_\_\_\_

Relationship / קירבה \_\_\_\_\_, Details / פרטיו / פרטיו \_\_\_\_\_

Relationship / קירבה \_\_\_\_\_, Details / פרטיו / פרטיו \_\_\_\_\_

Relationship / קירבה \_\_\_\_\_, Details / פרטיו / פרטיו \_\_\_\_\_

Relationship / קירבה \_\_\_\_\_, Details / פרטיו / פרטיו \_\_\_\_\_

בקרבה יש לרשום: בן-זוג, עו"ד, רופא, שכן, אח, בן, רב, קאדי, כומר וכד' בפרטים יש למלא שם וטלפון.

In Relationship, please write spouse, attorney, doctor, neighbor, brother, son, rabbi, kaddi, priest, etc.

In the details, fill in name and phone number.

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

חתימת נותן ייפוי הכוח (יש לחתום בפני שני עדים)

## Signature of Person Granting this Power of Attorney

(The signatory must sign in the presence of two witnesses)

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

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

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

## חתימת העדים

Signature of Witnesses (The signatory will complete the date and signature)

(The two witnesses must sign in each other's presence)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך דלעיל

We, the undersigned, witness that the above signatory of this document (Check one of the two boxes)

Is personally known to us / מוכר לנו אישית

Or \ או

Identified himself/herself to us by means of an identifying document included photo / הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

עשה כן בנוכחותי, וכי הוא נראה בעיני שהוא ערני ומדבר לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו. אני מצהיר שאינני מיופה כוחו של החתום ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם 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).

He did so in my presence and that he seemed to me to be alert and speaking to the matter, and without signs of putting pressure on him.

I declare that I do not hold the signatory's power of attorney, nor am I a candidate to do so, nor do I have any economic or other interests involving the signatory.

(No one who has a financial or other interest, including a family member with a financial or other interest, will be a witness; however, a doctor or nurse can be a witness).

## Witness 1:

Full name \ שם מלא \_\_\_\_\_ Israeli identity card no. ת.ז. (Nine digits)

\_\_\_\_\_ Address \ כתובת

Cell phone no. \ טל. נייד \_\_\_\_\_ Signature \ חתימה \_\_\_\_\_

Date \ תאריך \_\_\_\_\_

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

### Witness 2

Full name \שם מלא \_\_\_\_\_ Israeli identity card no. ת.ז. (Nine digits)

Address \כתובת \_\_\_\_\_

Cell phone no. \טל. נייד \_\_\_\_\_ Signature \חתימה \_\_\_\_\_

Date \תאריך \_\_\_\_\_

Date should be sign by the signatory in the presence of the person granting the power of attorney

### חתימת מוסר המידע הרפואי

(רופא או אח מוסמך יחתמו כאשר ניתן ייפוי הכוח אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות)

(לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי

בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ייפוי הכוח וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן ייפוי הכוח)

### Signature of the medical information provider

(A doctor or a certified nurse will sign when the person giving the power of attorney

Is not terminally ill patient)

(For a person who is determined to be terminally ill, a specialist doctor will provide information regarding his medical condition, including medical information regarding his condition that is relevant to the granting of the power of attorney, as well as medical information that he reasonably needs for granting the power of attorney)

אני \_\_\_\_\_, רופא/ רופא מומחה / אח מוסמך (מחק את המיותר) מסרתי למר/גב'

בתאריך \_\_\_\_\_ מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן

ייפוי הכוח, וכי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה. כמו כן רשמתי את המידע הרפואי

שבסעיף (א) (עמוד 1)

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

טל. נייד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, a physician/ specialist / registered nurse, (Delete the superfluous) submitted to Mr. / Ms. \_\_\_\_\_ on (date) \_\_\_\_\_ Medical information he reasonably needs for granting the power of attorney. I also confirm that I explained him the medical terms used in this form. I wrote down the medical information in clause (A)

Name \_\_\_\_\_ ID number \_\_\_\_\_ License number: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Mobile Phone \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

## INSTRUCTIONS FOR FILLING THE POWER OF ATTORNEY FORM

PAGE	Guidelines
PAGE 1 - PERSONAL DETAILS	<p><b>Personal details:</b> Full name, ID Card number, year of birth and current address. You can add another mailing address.</p> <p><b>Medical condition:</b> mark only if you are terminally ill patient</p>
PAGE 2 - DETAILS OF THE DOCTOR OR NURSE WHO PROVIDED YOU WITH THE INFORMATION.  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)  IF THE GRANTOR OF THE POWER OF ATTORNEY CHOOSES ALTERNATIVE (A) ON PAGE 6, IT IS NOT NECESSARY TO FILL OUT PAGE 2.	<p><b>Must mention the person from whom you received medical information:</b> Name of the doctor or registered nurse (except a dentist or veterinarian)</p> <p>Explanation by the doctor/nurse about the medical terms that appear on sections C1 and C2. The wording of the summary of the medical information will be as follows: 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. In addition, a summary of medical diagnoses must attached to the summary of the information. The doctor/nurse should sign at the end + stamp.</p>
PAGE 4 - POWER OF ATTORNEY - FILL IN THE DETAILS OF THE PROXIES	<p>It is mandatory to indicate the full name of the proxy and his ID Card number. The Proxies can be relatives or any other person/entity that can be trusted.</p>
PAGE 5 - SIGNIFICANT SUFFERING	<p>There is no obligation to fill out this part. You can select multiple alternatives. If this page is not marked, the definition of significant suffering will be in accordance with the law.</p>
PAGE 6 - POWERS OF A PROXY	<p><b>Choosing an alternative:</b> Only one of the alternatives should be selected:  <b>Alternative A</b> - The proxy can make any decision regarding the provision, or non-provision thereof, of medical care to the patient.  <b>Alternative B</b> - The Proxy may decide to extend life at any cost  <b>Alternative C</b> - Choose the accompanying squares between the options whether the Proxy will decide on a life-prolonging treatment or to avoid a life-prolonging treatment.</p>

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

## INSTRUCTIONS FOR FILLING THE POWER OF ATTORNEY FORM

<p>PAGE 7 - A TABLE DETAILING THE VARIOUS TYPES OF MEDICAL PROCEDURES THAT THE POWER OF ATTORNEY CHOSE TO AVOID AT TERMINALLY ILL STATUS.</p>	<p>The selections in which the Power of Attorney chose to avoid should be marked with an X.  <b>This page should be filled out only if you chose alternative C on page 6</b></p>
<p>PAGE 8 - A TABLE DETAILING THE VARIOUS TYPES OF MEDICAL PROCEDURES THAT THE POWER OF ATTORNEY CHOSE TO AVOID AT TERMINALLY ILL STATUS IN A FINAL STAGE</p>	<p>The selections in which the form filler is interested should be marked with an X.  <b>This page should only be filled out only if you chose alternative C on page 6</b></p>
<p>PAGE 9 - <b>C3 - C5</b> - DEFINITIONS AND INSTRUCTIONS.</p>	<p><b>C3 - C5</b> - for free filling if necessary</p>
<p>PAGE 10 – ADDRESSING THE ADVANCED MEDICAL GUIDELINES</p>	<p><b>Advance Medical Guidelines</b>  <b>Section 1</b> - mark with an X only if you submitted Advance Medical Guidelines form in addition to this power of attorney.  <b>Section 2</b> - Mark that form shall prevail. Be consistent in marking the decision in both forms</p>
<p>PAGE 11 - STATEMENTS</p>	<p><b>Informing people</b> - there is no obligation to fill out this section. You can fill out the details of any kinship of those people who know about the existence of the form. Fill out full details including full name and cell phone.</p>
<p>PAGES <b>12 – 13</b> - SIGNATURES</p>	<p>The grant of Power of Attorney signature should be of free will, clear and fully aware. Must fill in full details: date, full name, phone and signature.  The two witnesses must sign in the same position and date.  Witnesses must indicate how they get to know the grant of the Power of Attorney/ They must fill out full details: date, full name, phone number and signature.  <b>Signature of the person providing the medical information</b> - 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 6 months left to live), a specialist doctor should sign and fill out his full details.</p>
<p>WHEN SENDING THE FORM TO THE MINISTRY OF HEALTH</p>	<p>be sure to attach a photocopy of the ID Card and its Appendix</p>