תנאים לאישור טופס

1. **יש לצרף לכל טופס צילום ת.ז. וספח.**
   - **טופס שיתקבל במרכז להנחיות רפואיות ללא צילום ת.ז. יוחזר לשולח ללא טיפול**
   - **לא ניתן להפקיד טופס עם מספר דרכון במאגר המידע**
2. **פירוט המידע הרפואי**
   - **בטפסים בהם הרופא נדרש לכתוב, המיידע יירשם ע"י רופא או אחות מוסמכת.**
   - **במידה ובעת מילוי הטופס החולה בסטטוס "נוטה למות" – המידע נדרש על ידי רופא מומחה.**

הרופא או האחות צריכים לכתוב הסבר אודות פרטי המונחים הרפואיים מתוכם יבחר מייפה הכוח להימנע. אלו פעולות מטרתן לרפא, או להאריך חיים, ואלו למניעת כאב או סבל. (נדרש רק אם מייפה הכוח בחר באפשרות ג' בפרק סמכויות מיופה הכוח)

3. **חתימות**
   - **החתימה של מייפה הכוח תיחתם במעמד שני עדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים, אחים).**
   - **העדים בחתימתם עדים לכך שמייפה הכוח צלול ובהכרה מלאה בעת מילוי הטופס.**
   - **אופן הכרות עדים - על העדים לסמן את אופן היכרותם עם מייפה הכוח.**
   - **חתימת העדים - על נותן ההנחיה לחתום על הטופס יחד עם שני העדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה באותו מעמד ותאריך.**
   - **חתימת מוסר המידע הרפואי - הרופא או האחות המוסמכת אשר נתן את ההסבר הרפואי, צריך לחתום על ההצהרה בעמוד החתימות, למלא את הנתונים הנדרשים, כולל תאריך ופרטים אישיים הנדרשים בטופס. (נדרש רק אם מייפה הכוח בחר באפשרות ג' בפרק סמכויות מיופה הכוח)**

טופס עם ונתונים חלקיים או חתימות בתאריכים שונים של העדים וממלא הטופס, יוחזר לשולח ללא טיפול.

במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, קיימים טפסים מתורגמים ל 3 שפות באתר. אם הטפסים המתורגמים אינם מתאימים, יש לצרף אישור מוסמך של מתרגם ההסברים וההוראות שבטופס.

כתובת למשלוח הטפסים המקוריים בלבד, בדואר רשום בלבד:

משרד הבריאות

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

רח' ירמיהו 39,

ירושלים 9446724

תוספת שנייה

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

חובה לצרף צילום ת.ז. וספח של נותן ייפוי הכוח לטופס זה

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[1]

אני החתום מטה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____ (יש לצרף צילום ברור של ת.ז. כולל הספח).

מען כולל מיקוד: _____

שנת לידה: _____ מספר טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

בעל כשרות[1] 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

(א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:☐ נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות (סמן רק אם רלוונטי)

(2) קיבלתי מידע רפואי:

מד"ר: _____ או אח מוסמך מר: _____

קבלתי מידע מרופא מומחה מד"ר: _____ (לחולה נוטה למות, המידע יינתן ע"י רופא מומחה בלבד)

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

(נדרש רק אם מייפה הכוח בחר באפשרות ג בפרק סמכויות מיופה הכוח בעמוד 5)

(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)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

"בעל כשרות" – הגדרה חוקית - מי שמתקיימים בו כל אלה:

(1) מלאו לו 17 שנים

(2) הוא מסוגל להביע את רצונו

(3) הוא לא הוכרז פסול דין

(4) הוא לא הוצא מחזקת הכשרות

[2] **מידע רפואי – הגדרה חוקית**

א. לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

ב. לאדם שלא נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות, יימסר על ידי רופא או אחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

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 ייפוי כוח, ולכן יתכן ולא יהיה לו תוקף. (דוגמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יעיל המונע או מפחית כאב)

עבור חולה בסטטוס של נוטה למות, על הרופא המומחה לכתוב גם את האבחנות הרפואיות

_____

_____

_____

_____

_____

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

ג. ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, יגבר רצוני על האמור בייפוי כוח זה.

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

ה. ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה 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).

ייפוי הכוח

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:

1. גב' / מר _____ ת.ז _____

מען _____ טלפון נייד _____

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

2. גב' / מר _____ ת.ז _____

מען _____ טלפון נייד _____

הגדרת סבל משמעותי עבורי

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 הרפואיות המקדימות שבמסמך זה;
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: (אין חובה למלא פסקה זו. ניתן לבחור אחת או יותר מהאפשרויות הבאות)

☐ היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים

☐ מצב בו אני משותק בארבע גפיים

☐ מצב של שטיון (דמנציה – Dementia)

☐ היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלו:

_____

_____

_____

☐ אחד ממצבים אלו _____

_____

_____

_____

סמכויות מיופה הכוח

בחר אחת מהחלופות הבאות א-ג :

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

☐ **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.

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

☐ לתת לי טיפול רפואי מאריך חיים

או

☐ להימנע מלתת לי טיפול רפואי מאריך חיים

זאת בהתאם להנחיות המופיעות בסעיפים ג1 – ג5

רק מי שבחר בחלופה ג ימלא סעיפים ג1 – ג5 בעמודים הבאים

ג1. במצב של חולה הנוטה למות: (חולה נוטה למות – תוחלת חיים עד שישה חודשים)

(יש למלא טבלה זאת, רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ג')

סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

(א)	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית	
(ב)	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני	
(ג)	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה	
(ד)	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה	
(ה)	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי	
(ו)	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך לקבוע את משך הזמן בימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר)	
(ז)	חיבור לדיאליזה - אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך: האם יוסמך להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול	
(ח)	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי)	
(ט)	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	
(י)	הקרנות במחלה ממארת	
(יא)	כימותרפיה במחלה ממארת	
(יב)	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים	
(יג)	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	

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. (דוגמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יעיל המונע או מפחית כאב)

ג2. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי: (חולה שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים)

(יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ג')

סמן ב-**X** את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

(א)	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית	
(ב)	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני	
(ג)	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה	
(ד)	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה	
(ה)	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי	
(ו)	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך לקבוע את משך הזמן בימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר)	
(ז)	חיבור לדיאליזה - אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך: האם יוסמך להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול	
(ח)	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי)	
(ט)	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	
(י)	הקרנות במחלה ממארת	
(יא)	כימותרפיה במחלה ממארת	
(יב)	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים	
(יג)	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	
(יד)	טיפולים שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו	
(טו)	טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין	
(טז)	מתן מזון בדרך מלאכותית	
(יז)	מתן נוזלים בדרך מלאכותית	
(יח)	מתן תרופות וטיפולים מקלים	

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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.

התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות

(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.

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

☐ הנחיה רפואית מקדימה ☐ הוראה של מיופה כוח (בחר באחת החלופות)

(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.

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

_____

_____

_____

הצהרות

הצהרה על יידוע אנשים נוספים על קיום ייפוי הכוח

(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).

אני מצהיר בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה (הקף את בחירתך)

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

☐ קירבה: _____ פרטיו: _____

בקרבה יש לרשום: בן- זוג, עו"ד, רופא, שכן, אח, בן, רב, קאדי, כומר וכד'

בפרטים יש למלא שם וטלפון.

חתימות:

חתימת נותן ייפוי הכוח (יש לחתום בפני שני העדים במעמד החתימה)

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)**

תאריך _____ חתימה _____

טלפון _____ טל. נייד _____

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

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך דלעיל: (סמן בחירתך)

☐ מוכר לנו אישית או ☐ הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה.

עשה כן בנוכחותי, וכי 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 עדים).

עד 1:

שם מלא: _____ ת.ז: _____

מען: _____ טלפון נייד:_____

טלפון: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

עד 2:

שם מלא: _____ ת.ז: _____

מען: _____ טלפון נייד:_____

טלפון: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

חתימת מוסר המידע הרפואי

(נדרש רק אם מייפה הכוח בחר באפשרות ג בפרק סמכויות מיופה הכוח בעמוד 5)

(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)

אני _____, רופא/ רופא מומחה / אחות מוסמכת (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 (משרד או בית) _____ טלפון _____

טל. נייד _____ חתימה _____ תאריך _____

הנחיות למילוי טופס	טופס ייפוי כוח
עמוד	**הנחיות**
עמוד 1 - פרטים אישיים ופרטי הרופא או האחות שמסרו לכם את המידע	**פרטים אישיים:** שם מלא, מספר תעודת זהות, שנת לידה וכתובת עדכנית כפי שמופיע בת.ז. ניתן להוסיף כתובת נוספת למשלוח דואר. **מצב רפואי:** חולה, נוטה למות (לסמן רק אם רלוונטי) **יש לציין ממי קיבל מידע רפואי**: שם הרופא או האחות המוסמכת
עמוד 2 - פירוט המידע הרפואי - יירשם ע"י רופא מומחה, רופא, או אחות מוסמכת בלבד (למעט רופא שיניים או וטרינר) במידה ונותן ייפוי הכוח בוחר בחלופה א' או ב' בעמ' 4 אין צורך למלא את המידע הרפואי על ידי רופא או אחות.	**הסבר של הרופא/האחות על המונחים הרפואיים המופיעים בעמ' 6 - 7. נוסח המידע הרפואי יהיה כדלקמן:** מסרתי מידע למר X אודות המונחים הרפואיים שבטופס וסוגי הטיפולים במחלה חשוכת מרפא, הצורך בטיפולים כאלה, מטרותיהם, התועלת שלהם, וכן הסיכונים והסבל ואי הנוחות, לדוגמא: החייאה, הנשמה, דיאליזה, בהתאם לחוק זכויות החולה. מר X הבין את ההסבר. אם ממלא הטופס בסטטוס חולה הנוטה למות, **רק רופא מומחה** יכול למלא סעיף זה, ובנוסף, יש לצרף סיכום אבחנות רפואיות. על הרופא/האחות לחתום בסיום + חותמת
עמוד 3 – שמות מיופי הכוח סבל משמעותי	**מייפוי כוח -** ממלאים את פרטי מיופי הכוח. חובה לציין שם מלא של מיופה הכוח ומספר תעודת הזהות שלו וטלפון. מיופיי הכוח יכולים להיות קרובי משפחה או כל גורם אחר שניתן לסמוך עליו. **סבל משמעותי -** אין חובה למלא חלק זה
עמוד 4 - סמכויות מיופה הכוח	**בחירת חלופה:** יש לבחור רק אחת מהחלופות: **חלופה א'-** מיופה הכוח יכול לקבל כל החלטה בדבר מתן טיפול רפואי או אי מתן טיפול רפואי לשם הארכת חיים. **חלופה ב' –** מיופה הכוח רשאי לפעול בשמי רק **למתן** טיפול רפואי חריג מאריך חיים**.** **חלופה ג' -** יש לבחור בין האפשרויות האם מיופה הכוח יחליט על טיפול מאריך חיים או שמיופה הכוח יחליט להימנע מטיפול מאריך חיים.
עמוד 5 - טבלה המפרטת את סוגי ההליכים הרפואיים השונים מהם יבחר מייפה	**יש למלא עמ' זה רק במידה ובחרת בחלופה ג' בעמ' 4** יש למלא ב-X את הבחירות שמהן מעוניין ממלא הטופס להימנע.

הנחיות למילוי טופס	טופס ייפוי כוח
הכוח להימנע במצב של חולה נוטה למות	
עמוד 6 - טבלה המפרטת את סוגי ההליכים הרפואיים השונים מהם יבחר מייפה הכוח להימנע במצב של חולה נוטה למות בשלב סופי.	**יש למלא עמ' זה רק במידה ובחרת בחלופה ג' בעמ' 4** יש למלא ב-X את הבחירות שמהן מעוניין ממלא הטופס להימנע
עמוד 7 - ג3 – ג5 - הגדרות והוראות.	**ג3 – ג4 -** למילוי חופשי במידת הצורך.
עמוד 8 - התייחסות לטופס הנחיות רפואיות מקדימות **הצהרות**	**הנחיות רפואיות מקדימות -** יש למלא סעיפים אלו במידה ונותן ייפוי הכוח צירף טופס הנחיות רפואיות מקדימות (לחוק החולה הנוטה למות) בנוסף לייפוי כוח זה. **סעיף 1 -** יש לסמן במידה וצירפת טופס הנחיות רפואיות מקדימות. **סעיף 2 -** יש לסמן איזה טופס יגבר. יש להיות עקביים בסימון ההחלטה בשני הטפסים. **יידוע אנשים** - אין חובה למלא חלק זה, אך מומלץ. ניתן למלא פרטי קרבה של אותם אנשים אשר יודעים על קיומו של הטופס. יש למלא פרטים מלאים הכוללים שם מלא וטלפון.
עמוד 9 - חתימה של ממלא הטופס חתימת העדים חתימת הרופא או האחות	**חתימת ממלא הטופס** צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה מלאה. בנוסף, החתימה תיחתם במעמד 2 עדים. על ממלא הטופס למלא פרטים מלאים: תאריך, שם מלא, טלפון וחתימתו. על ממלא הטופס ושני העדים לחתום באותו מעמד ובאותו תאריך. **אופן הכרות עדים** - על העדים לסמן את אופן היכרותם עם נותן ייפוי הכוח. **חתימת העדים -** שני העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ייפוי הכוח, **יחתמו במעמד חתימת נותן ייפוי הכוח.** על העדים למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, מספר ת.ז. טלפון וחתימה.

הנחיות למילוי טופס	טופס ייפוי כוח
	<u>חתימת מוסר המידע הרפואי</u> - על הרופא או האחות המוסמכת למלא את ההצהרה למי ניתן המידע הרפואי, באיזה תאריך ולמלא את הפרטים האישיים הנדרשים בטופס. אם ממלא הטופס נמצא בסטטוס המוגדר כחולה נוטה למות (שנותרה לו חצי שנה לחיות) על רופא מומחה למלא את פרטיו המלאים ולחתום בסעיף זה למטה.
עם שליחת הטופס	**יש להקפיד לצרף צילום ת.ז. וספח**