

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

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

2. פירוט תמצית המידע הרפואי

- בטפסים בהם הרופא נדרש לכתוב, המיידע יירשם ע"י רופא, או אחות מוסמכת. במקרה שהאדם מוגדר בעת מילוי הטופס כחולה נוטה למות – המידע נדרש על ידי רופא מומחה.
- נוסח תמצית 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.

3. חתימות

- החתימה תיחתם במעמד 2 עדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים, אחים) העדים בחתימתם עדים לכך שנותן ההנחיה צלול ובהכרה מלאה בעת מילוי הטופס.
 - אופן הכרות עדים - על העדים לסמן בראש העמוד את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.
 - 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 נתנו את ההסבר הרפואי, צריכים לחתום על ההצהרה בעמוד החתימות, למלא את הנתונים הנדרשים, כולל תאריך ופרטיהם האישיים הנדרשים בטופס.
- טופס עם חתימות בתאריכים שונים של העדים וממלא הטופס, ונתונים חלקיים, יוחזר לשולח ללא טיפול.

במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור מוסמך של מתרגם ההסברים וההוראות שבטופס

כתובת למשלוח הטפסים המקוריים בלבד, בדואר רשום בלבד:

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות, משרד הבריאות

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 נתן 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 כשרות¹

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 כשרות¹ 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 ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן

(א) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

בריא בדרך כלל

נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

אחר _____

(2) קיבלתי מידע רפואי:

מד"ר: _____ או אחות מוסמך/כת גב'מר: _____

קבלתי מידע מרופא מומחה מד"ר: _____

(לחולה נוטה למות, המידע יינתן ע"י רופא מומחה בלבד)

"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.

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

א. פירוט תמצית המידע הרפואי (יירשם על ידי רופא מומחה/ רופא/ אחות מוסמכת):

(יש לכתוב בכתב יד תיאור על מתן הסבר אודות המונחים הרפואיים המופיעים בטופס, ולציין שהמטופל הבין את הסעיפים אותם מילא (לא אבחנות רפואיות))

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

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)

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 היותי כשיר, ושאיני 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 בהנחיות אלה.

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.

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.

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

ייפוי הכוח (מיופה כוח אינו רשאי לשמש גם כעד)

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:

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:

גב' / מר _____ ת.ז. _____

מען _____ טלפון נייד _____

הגדרת סבל משמעותי עבורי

1. 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. אפשר להשאיר ריקה ולהסתמך על פסקה 2, ואפשר

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 _____

2. ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי עבורי בפסקה (1) לעיל, 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 חיי או בתוחלת חיי, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

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

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 1ג – 5ג

רק מי שבחר בחלופה ג ימלא סעיפים 1ג – 5ג בעמודים הבאים

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

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 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)

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

2. 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

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

ג3. מצבי חירום אחרים (מצב בו נדרש טיפול מיידי 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) 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:

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

הצהרות וחתימות

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 ההנחיות).

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

- 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.

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

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:

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/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).

• 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

רופא או אחות מוסמכת 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.

אני _____, רופא/ אחות מוסמכת (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את

תמצית 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 _____

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

טופס ייפוי כוח	הנחיות למילוי טופס
הנחיות	עמוד
<p>פרטים אישיים: שם מלא, מספר תעודת זהות, שנת לידה וכתובת עדכנית כפי שמופיע בת.ז. ניתן להוסיף כתובת נוספת למשלוח דואר.</p> <p>מצב רפואי: בריא, חולה, נוטה למות, אחר (מחלות כרוניות לסוגיהן)</p> <p>יש לציין ממי קיבל מידע רפואי: שם הרופא או האחות המוסמכת</p>	<p>עמוד 1 - פרטים אישיים ופרטי הרופא או האחות שמסרו לכם את המידע</p>
<p>הסבר של הרופא/האחות על המונחים הרפואיים המופיעים בעמ' 4-5. נוסח תמצית המידע הרפואי יהיה כדלקמן:</p> <p>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.</p> <p>אם ממלא הטופס <u>בסטטוס חולה הנוטה למות</u>, רק רופא מומחה יכול למלא סעיף זה, ובנוסף, יש לצרף לתמצית המידע סיכום אבחנות רפואיות.</p> <p>הרופא/האחות צריך לחתום בסיום+ חותמת</p>	<p>עמוד 2 - פירוט תמצית המידע הרפואי - יירשם ע"י רופא מומחה, רופא, או אחות מוסמכת בלבד במידה ונותן ייפוי הכוח בוחר בחלופה א' בעמ' 4 אין צורך למלא את תמצית המידע הרפואי על ידי רופא.</p>
<p>ייפוי כוח - ממלאים את פרטי מיופיי 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.</p> <p>סבל משמעותי - אין חובה למלא חלק זה</p>	<p>עמוד 3 - ייפוי הכוח</p>
<p>בחירת חלופה: <u>יש לבחור רק אחת מהחלופות:</u></p> <p>חלופה א'- מיופה הכוח יכול לקבל כל החלטה בדבר מתן טיפול רפואי או אי מתן טיפול רפואי לשם הארכת חיים.</p>	<p>עמוד 4 - סמכויות מיופה הכוח</p>

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

טופס ייפוי כוח	הנחיות למילוי טופס
<p>חלופה ב' – מיופה הכוח רשאי לפעול בשמי רק למתן טיפול רפואי חריג מאריך חיים.</p> <p>חלופה ג' - יש לבחור בין האפשרויות האם מיופה הכוח יחליט על טיפול מאריך חיים או שמיופה הכוח יחליט להימנע מטיפול מאריך חיים.</p>	
<p><u>יש למלא עמ' זה רק במידה ובחרת בחלופה ג' בעמ' 4</u></p> <p>יש למלא ב-X את הבחירות שבהן מעוניין ממלא הטופס להימנע או לא להימנע בהתאם לבחירה בסעיף ג'.</p>	<p>עמוד 5 - טבלה</p> <p>המפרטת את סוגי הטיפולים הרפואיים השונים לבחירה, למצב בו תוגדר בסטטוס כ"חולה נוטה למות" (שתוחלת חייו היא עד 6 חודשים)</p>
<p><u>יש למלא עמ' זה רק במידה ובחרת בחלופה ג' בעמ' 4</u></p> <p>יש למלא ב-X את הבחירות שבהן מעוניין ממלא הטופס להימנע או לא להימנע בהתאם לבחירה בסעיף ג'.</p>	<p>עמוד 6 - טבלה</p> <p>המפרטת את סוגי הטיפולים הרפואיים השונים לבחירה, למצב בו תוגדר בסטטוס כ"חולה נוטה למות" (שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים)</p>
<p>ג3 - ג5 - למילוי חופשי במידת הצורך.</p> <p>הנחיות רפואיות מקדימות - יש למלא סעיפים אלו במידה ונותן ייפוי הכוח צירף טופס הנחיות רפואיות מקדימות (לחוק החולה הנוטה למות) בנוסף לייפוי כוח זה.</p>	<p>עמוד 7 - ג3 - ג5 -</p> <p>הגדרות והוראות. התייחסות לטופס הנחיות רפואיות מקדימות</p>

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

טופס ייפוי כוח	הנחיות למילוי טופס
<p>סעיף 1 - יש לסמן במידה וצירפת טופס הנחיות רפואיות מקדימות.</p> <p>סעיף 2 - יש לסמן איזה טופס יגבר. יש להיות עקביים בסימון ההחלטה בשני הטפסים.</p>	
<p>יידוע אנשים - אין חובה למלא חלק זה, אך מומלץ. ניתן למלא פרטי כל קרבה של אותם אנשים אשר יודעים על קיומו של הטופס. יש למלא פרטים מלאים הכוללים שם מלא וטלפון.</p>	<p>עמוד 8 - הצהרות</p>
<p>חתימת ממלא הטופס צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה מלאה. בנוסף, החתימה תיחתם במעמד 2 עדים.</p> <p>על ממלא הטופס ושני העדים לחתום באותו מעמד ובאותו תאריך.</p> <p>על ממלא הטופס למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, טלפון וחתימתו.</p> <p>אופן הכרות עדים - על העדים לסמן בראש העמוד את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.</p> <p>חתימת העדים - 2 העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות, <u>יחתמו במעמד חתימת נותן ההנחיות.</u></p> <p>על העדים למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, מספר ת.ז. טלפון וחתימה.</p> <p>חתימת מוסר המידע הרפואי - על הרופא או האחות המוסמכת אשר נתנו את ההסבר הרפואי על הטופס, למלא את ההצהרה למי נתנו את המידע הרפואי, באיזה תאריך ולמלא את פרטיהם האישיים הנדרשים בטופס.</p>	<p>עמוד 9 - חתימה של ממלא הטופס חתימת העדים חתימת הרופא או האחות</p>

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

טופס ייפוי כוח	הנחיות למילוי טופס
אם ממלא הטופס נמצא בסטטוס המוגדר כחולה נוטה למות (שנותר לו חצי שנה לחיות) על רופא מומחה למלא את פרטיו המלאים ולחתום בסעיף זה למטה.	
יש להקפיד לצרף צילום ת.ז. וספח	עם שליחת הטופס