תנאים לאישור טופס

טופס הארכת תוקף מיועד למילוי על ידי מי שכבר קיימים לגביו טפסים מאושרים במאגר המידע אשר תוקפן עומד לפוג. ניתן ורצוי להאריך תוקף מדי 5 שנים באמצעות טופס זה.

פרטים אישיים – עמ' 1

- **יש למלא את נתוני הפרטים האישיים**
- **יש לציין אלו טפסים הנך מאריך**

חתימות – עמ' 2

- **חתימת נותן ההוראה תתבצע במעמד שני 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 - שני העדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה יחתמו על הטופס במעמד חתימת נותן ההוראה.**

טופס עם נתונים חלקיים וחתימות בתאריכים שונים של העדים וממלא הטופס, , יוחזר לשולח ללא טיפול.

במידה ומאריך הטופס אינו דובר או קורא עברית, קיימים טפסים מתורגמים למילוי. אם הטפסים אינם מתאימים, ניתן 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 שלישית

הוראה להארכת תוקפן של הוראות רפואיות מקדימות או להארכת תוקפו של ייפוי כוח (סעיפים 34(א) ו-39(א))

טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד

לפני מילוי הטופס, חשוב לקרוא בעיון ולפעול לפי הכתוב בהנחיות למילוי הטופס

אני החתום מטה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מספר תעודת זהות 9 ספרות: _____

מען כולל מיקוד: _____

שנת לידה: _____ מספר טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), מאריך בזאת את: (סמן חלופה אחת או יותר) :

☐ תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום _____

☐ תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום _____

(בחר חלופה אחת):

☐ לתקופה של חמש שנים נוספות

☐ לתקופה שאינה עולה על חמש שנים כמצוין להלן: _____

(ניתן למלא תאריך שאינו עולה על 5 שנים מתאריך תום תוקפן של ההנחיות הרפואיות המקדימות/ ייפוי הכוח הקודמים שניתנו)

חתימת המאריך (יש לחתום בפני שני עדים)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

תאריך: _____ **חתימה:** _____

חתימת העדים (שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך דלעיל

☐ **מוכר לנו אישית**

או

☐ **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).

עד 1:

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר ת.ז 9 ספרות: _____

כתובת: ניתן לחלופין לספק את כתובת המשרד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית\משרד: _____

עד 2:

שם פרטי : _____ שם משפחה : _____

מספר ת.ז 9 ספרות: _____

כתובת: ניתן לחלופין לספק את כתובת המשרד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

טל. נייד: _____ טלפון בית\משרד: _____

הנחיות	למילוי טופס הארכה
עמוד	**הנחיה**
עמוד 1 - פרטים אישיים	יש למלא פרטים אישיים מלאים. יש לציין את בחירת החלופה של איזה טופס מעונים להאריך (הנחיות רפואיות מקדימות, ייפוי כוח, ייפוי כוח מקוצר).
עמוד 2 – חתימות **חתימת ממלא הטופס** **אופן הכרות עדים** **חתימות העדים**	**חתימת ממלא טופס ההארכה –** החתימה צריכה להיות מרצון חופשי במצב צלול ובהכרה, ובמעמד שני העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי ממלא הטופס. יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, טלפון וחתימה. **אופן הכרות עדים** - על העדים יש לסמן את אופן היכרותם עם הממלא הטופס. **חתימות העדים -** על העדים לחתום באותו תאריך ובאותו מעמד עם חתימת ממלא הטופס. יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, מספר ת.ז. טלפון וחתימה.