

תנאים לאישור טופס

חתימות – עמ' 2

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

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – הארכת תוקף

תוספת שלישית

הוראה להארכת תוקפן של הוראות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח

(סעיפים 34(א) ו-39(א))

טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד

טופס זה מיועד להארכת תוקפן של הנחיות רפואיות קיימות או של ייפוי כוח

שתוקפם עומד לפוג

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

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 כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005

מאריך בזאת את: (בחר חלופה אחת):

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)

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – הארכת תוקף

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/ת המסמך דלעיל

מוכר/ת לנו אישית

או

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערני/ת מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה 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 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: _____

'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – הארכת תוקף

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

למילוי טופס הארכה	הנחיות
הנחיה	עמוד
יש למלא פרטים אישיים מלאים. יש לציין את בחירת החלופה של איזה טופס מעונים להאריך (הנחיות רפואיות מקדימות, יפוי כוח, יפוי כוח מקוצר).	עמוד 1 - פרטים אישיים
חתימת ממלא טופס הארכה - צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה, ובמעמד 2 העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי ממלא הטופס. על ממלא הטופס לחתום במעמד שני העדים ובאותו תאריך עם חתימת העדים. 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.	עמוד 2 – חתימות חתימת ממלא הטופס אופן הכרות עדים חתימות העדים