

חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול ייפוי כוח

תנאים לאישור טופס

טופס זה מיועד לביטול הנחיות רפואיות קיימות או ייפוי כוח

נתונים אישיים – עמ' 1

- יש למלא את נתוני הפרטים האישיים
- יש לציין אלו טפסים הנך מבטל

חתימות – עמ' 2

- החתימה תיחתם 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 - על נותן ההנחיה לחתום על הטופס יחד עם שני העדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה באותו מעמד ותאריך.
- 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

י'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול ייפוי כוח

תוספת רביעית

הוראה לביטול הנחיות רפואיות מקדימות או לביטול ייפוי כוח (סעיפים 33, 38 ו-43)

טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד

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, מבטל בזה את הטופס:

(בחר חלופה אחת או יותר)

תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום _____

תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום _____

תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח משולבים שניתנו על ידי ביום _____

י'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - ביטול הנחיות רפואיות מקדימות וביטול ייפוי כוח

חתימת המבטל (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 (סמן חלופה אחת)

מוכר לנו אישית

או

הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

עשה כן בנוכחותי, וכי הוא נראה בעיני שהוא ערני מדבר 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: _____ טל. נייד: _____

כתובת בית או משרד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

עד 2:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר ת.ז. 9 ספרות: _____ טל. נייד: _____

כתובת בית או משרד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____