

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

טופס זה מיועד להארכת תוקפן של הנחיות רפואיות קיימות או של ייפוי כוח שתוקפם פג
לפני מילוי הטופס, חשוב לקרוא בעיון ולפעול לפי הכתוב בהנחיות למילוי הטופס <

אני החתום מטה _____ ת.ז. _____,

שנת לידה _____, מען: _____

בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה
למות), מאריך בזה את:

(בחר חלופה אחת):

תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי ביום _____

תוקפו של ייפוי כוח שניתן על ידי ביום _____

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

(בחר חלופה אחת):

לתקופה של חמש שנים נוספות

לתקופה שאינה עולה על חמש שנים כמצוין להלן: _____

*(ניתן למלא תאריך שאינו צלף 5 שנים מתאריך תום תוקפן ההנחיות
הרפואיות המקדימות/ ייפוי הכוח הקודמים שניתנו)*

חתימת המאריך יש לחתום בפני שני עדים

(במידה והמאריך אינו דובר או קורא עברית, יש לזרף אישור מוסמך של מתרגם ההסכרים וההוראות שבטופס)

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

תאריך _____ חתימה _____
טלפון _____ טל. נייד _____

חתימת העדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מצמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

מוכר/ת לנו אישית

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערנית 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 צד מי שהוא בצל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בצל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו צד).

עד 1: שם _____ ת.ז. _____
מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____

התאריך ימולא
צ"י החותם

עד 2: שם _____ ת.ז. _____
מען _____ טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____