

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

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

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

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 עולה על 5 שנים מתאריך תום תוקפן של הנחיות הרפואיות המקדימות/ ייפוי הכוח הקודמים שניתנו)

**חתימת המאריך יש לחתום בפני שני עדים**

(במידה והמאריך אינו דובר או קורא עברית, יש לרשף אישור מוסמך של מתרגם ההסברים 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 \_\_\_\_\_

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

**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 צד אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה צד אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו צד).

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

התאריך יחולא  
צ"י החותם

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



תוספת שלישית-הארכה

## לפני שאת/ה שולח/ת...

כדי למנוע טעויות שכיחות במילוי טופס הארכת תוקף להנחיות רפואיות מקדימות ו/או ייפוי כוח, ולחסוך התכתבויות מיותרות לתיקון הליקויים, אנא בדוק את כל הבאים טרם משלוח הטופס.

<p>- חובה עליך לציין כתובת מגורים עדכנית <u>בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין</u>. באם אתה מעוניין הנך רשאי לציין גם כתובת נוספת למשלוח דואר. - עליך לבחור את החלופות המתאימות ולסמן: האם לפני כ-5 שנים נתת הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח, או האם מלאת את שניהם. - בתחתית העמוד חובה עליך לחתום ולציין תאריך. מומלץ לציין מס' טלפון לבירורים במידת הצורך.</p>	<p><input type="checkbox"/> עמ' 1</p>
<p>- בראש העמוד ישנן שתי משבצות ריקות ( <input type="checkbox"/> ) בהן על העדים לסמן את אופן היכרותם אתך. - עליך להחתיים שני עדים, <u>שאינם</u> קרובי משפחה מדרגה ראשונה. העדים ואתה תחתמו בו זמנית, באותו מעמד ולכן תאריך חתימתך <u>חייב</u> להיות זהה לתאריכי חתימת העדים. - עד אינו רשאי לשמש גם כמיופה כוח (וההיפך).</p>	<p><input type="checkbox"/> עמ' 2</p>
<p>את הטופס יש לשלוח <u>בדואר רשום</u> לכתובת: משרד הבריאות המרכז להנחיות רפואיות מקדימות רח' ירמיהו 39 ירושלים 9446724</p>	<p><input type="checkbox"/></p>