

תוספת רביעית

הוראה לביטול הנחיות רפואיות מקדימות או לביטול ייפוי כוח

(סעיפים 33, 38 ו-43)

טופס זה מיועד לביטול הנחיות רפואיות קיימות או ייפוי כוח

אני החתום מטה _____ ת.ז. _____,

שנת לידה _____, מען: _____

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

(בחר חלופה אחת או יותר):

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: _____

חתימת המבטל יש לחתום בפני שני עדים

*(במידה והמאריך אינו דובר או קורא עברית, יש לרשף אישור מוסמך
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 _____

חתימת העדים

(שני הצדדים 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 הצד אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה הצד 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 _____



תוספת רביעית-ביטול הנחיות רפואיות ו/או ייפוי כוח

לפני שאת/ה שולח/ת...

כדי למנוע טעויות שכיחות במילוי טופס ביטול הנחיות 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 ברצונך לבטל את תוקפן של ההנחיות הרפואיות, של ייפוי הכוח או של 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 חייב 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>