



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives

הנחיות למילוי טופס ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי לפי חוק החולה הנוטה למות – נוסח מקוצר

| | טופס זה מיועד למי שאינו מוגדר בסטטוס "חולה נוטה למות" |
|----------------------------|--|
| יש למלא | עמוד |
| יש למלא פרטים אישיים מלאים | עמוד 1 - פרטי נותן ההנחיה + פרטי מיופה כוח 1 |
| יש למלא פרטים אישיים מלאים | עמוד 2 - פרטי מיופה כוח 2 (במידה ומעוניין) |

The Central Data Bank of Advance Medical
Directives
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St., Jerusalem 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655916

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655916



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives

| | |
|--|---|
| | <p>טופס זה מיועד למי שאינו מוגדר בסטטוס "חולה נוטה למות"</p> |
| <p>סעיף י' - במידה וניתן גם טופס הנחיות רפואיות מקדימות בנוסף לייפוי כוח מקוצר יסמן את בחירתו. חתימת נותן ההנחיה צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה החתימות יחתמו במעמד 2 העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות. על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד ואותו תאריך. יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, טלפון.</p> | <p>עמוד 3+4 - התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות + חתימות</p> |
| <p>עם שליחת הטופס למשרד הבריאות, יש להקפיד לצרף צילום ת.ז. וספח</p> | |

The Central Data Bank of Advance Medical Directives
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St., Jerusalem 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655916

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655916