

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

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>.<br/>באם אתה מעוניין הנך רשאי לציין גם כתובת נוספת למשלוח דואר.<br/>- עליך לבחור את החלופות המתאימות ולסמן: האם ברצונך לבטל את תוקפן של ההנחיות הרפואיות, של ייפוי הכוח או של שניהם.<br/>- בתחתית העמוד חובה עליך לחתום ולציין תאריך. מומלץ לציין מס' טלפון לבירורים במידת הצורך.</p> | <p>□ עמ' 1</p> |
| <p>- בראש העמוד ישנן שתי משבצות ריקות ( □ ) בהן על העדים לסמן את אופן היכרותם אתך.<br/>- 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.<br/>- עד אינו רשאי לשמש גם כמיופה כוח (וההיפך).</p>   | <p>□ עמ' 2</p> |
| <p>את הטופס יש לשלוח <u>בדואר רשום</u> לכתובת:<br/>משרד הבריאות<br/>המרכז להנחיות רפואיות מקדימות<br/>רח' ירמיהו 39<br/>ירושלים 9446724</p>  | <p>□</p>       |