

# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

## תוספת שנייה SECOND SUPPLEMENT

### ייפוי כוח

### למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות

### POWER OF ATTORNEY

### FOR ISSUING INSTRUCTIONS REGARDING THE MEDICAL CARE OF A TERMINALLY-ILL PATIENT

(סעיפים 37 ו-42) (Articles 37, 42)

**חובה למלא הטופס בעברית – The form must be completed in Hebrew**

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות<sup>1</sup>

This form is to be filled out by persons willing to grant another person their power of attorney to decide on their behalf what medical care they shall or shall not be given, should they become terminally ill and incompetent, or terminally ill in the final stage and incompetent<sup>1</sup>.

[Before completing the form, it is important to carefully read and follow the instructions for completing the form >](#)

שנת לידה / Date of Birth::	ת.ז. / ID card number:: (9 digits)	I, the undersigned::
הנך רשאי להוסיף כתובת נוספת למשלוח דואר / You may also add another mailing address	Address: (According to the ID card)	

בעל כשרות<sup>1</sup> כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח:

Being competent within the meaning of the Terminally-Ill Patients Act, 2005 (hereafter — the Terminally-Ill Patients Act), hereby issue, under the provisions of the Terminally-Ill Patients Act, this power of attorney:

For granting the power of attorney, I declare as follows **לצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן:**  
לצורך מתן ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן

With the intention of providing the preliminary medical instructions I declare as follows

**(A) (1) My current medical condition is:** **(א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:**  
☐ Generally healthy \ בריא בדרך כלל  
☐ It has been determined that I am a dying patient \ נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות  
☐ Other \ אחר

**(A) (2) I received medical information:** **(א) (2) קיבלתי מידע רפואי:**

	By Dr.: \ מד"ר:
	or registered nurse(s), Mrs./Mr.: או אחות/מוסמך/כת גב'מר:
	I received information from a \ קבלתי מידע מרופא מומחה מד"ר \ specialist

A Specialist will provide the information **only for terminally ill pt.**



## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

(ב) ידוע לי כי ההנחיות ייכנסו לתוקף, כלומר שהטיפול הרפואי שיינתן לי יהיה בהתאם להנחיות אלה רק אם יקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשיר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכול לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

(b) I am aware that these directives shall come into effect, that is, that the medical care given me shall conform to these directives, only once it has been determined that I am Dying Patient, and I have been declared incompetent and I am suffering significantly, all the foregoing within the meaning of the Dying Patient law.

(ג) ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, יגבר רצוני על האמור בהנחיות אלה.

(c) I am aware that if it has been determined that I am Dying, but have not been declared incompetent, that my expressed wishes shall take precedence over the provisions of these directives.

(ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות אלה בכל עת, וכל עוד לא יקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה בהנחיות רפואיות חדשות, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

(d) I am aware that I may alter or cancel these medical directives at any time, as long as I have not been declared incompetent within the meaning of the law; the cancellation shall take the form of new medical directives or a completed cancellation form, as provided in Appendix 4.

(ה) ידוע לי כי תוקף הנחיות אלה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצוין להלן: \_\_\_\_\_ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ההנחיות הרפואיות המקדימות). בתום התקופה האמורה יכול ורופא אחראי יתחשב בהנחיות אלה, אם ההנחיות לא בוטלו.

(e) I am aware that these medical directives shall remain valid for five years or for a period not exceeding five years, namely until: \_\_\_\_\_ (A date may be specified here not more than five years from the date the advance medical directives form is signed). After the end of the said period a Responsible Physician may (but not must) take these directives into account, unless they were canceled by me.

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

ייפוי הכוח (מיופה כוח אינו רשאי לשמש גם כעד)

### Power of attorney (a power of attorney may not also be used as a witness)

אני נותן בזה ייפוי כוח למנויים להלן, על מנת שיפעלו בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות בשלב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעלו בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה, אני נותן את ייפוי הכוח ל:

I hereby grant power of attorney to the person noted below so that they may act on my behalf when I become terminally ill (death imminent) and am incompetent and cannot issue instructions or give or refuse my consent to medical procedures for lack of the intellectual, mental or physical ability to do so, and am suffering significantly, and so that they may act in accordance with the instructions in this power of attorney, I hereby grant power of attorney to:

שם \ First Name:	שם משפחה \ Family Name:	מספר ת.ז. (9 digits) Israeli identity card no.								
כתובת \ Address:										
מספר טלפון נייד \ Cell phone no.:										

לא יוכל או יסרב האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את:

Should the person mentioned above not be able or refuse to be my proxy, I appoint to be my proxy in his/her stead:

שם \ First Name:	שם משפחה \ Family Name:	מספר ת.ז. (9 digits) Israeli identity card no.								
כתובת \ Address:										
מספר טלפון נייד \ Cell phone no.:										

Or \ and

או \ וגם

שם \ First Name:	שם משפחה \ Family Name:	מספר ת.ז. (9 digits) Israeli identity card no.								
כתובת \ Address:										
מספר טלפון נייד \ Cell phone no.:										

Defining significant suffering for me

הגדרת סבל משמעותי עבורי

1. ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, ימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה.

1. I am aware that only if I reach a state of significant suffering, as defined by me below, and shall be terminally ill and incompetent, will medical procedures not be performed on me in accordance with the advance medical instructions in this document;

סבל משמעותי עבורי הוא: (אין חובה למלא פסקה זו. אפשר להשאיר ריקה ולהסתמך על פסקה 2, ואפשר לבחור אחת או יותר מהאפשרויות הבאות)

*Significant suffering for me is: (You are not required to fill in this paragraph. You can leave it blank and rely on paragraph 2, and you can choose one or more of the following options)*

☐ היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים \ Requiring to be artificially fed/nourished

☐ מצב בו אני משותק בארבע גפיים \ I am quadriplegic (paralyzed in all 4 limbs)

☐ מצב של שטיון (דמנציה – Dementia) \ A state of dementia

☐ היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלה: \ I require any of the following treatments:


I am in one of the following conditions

☐ אחד ממצבים אלה:


2. ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי עבורי בפסקה (1) לעיל, אחשב כסובל סבל משמעותי (כפי שהוגדר בחוק) רק אם: אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

2. I am aware that if I have not defined in Clause (1) above what I consider to be significant suffering (as defined by law), I shall be considered as being in a state of significantly suffering only if: I am experiencing pain or suffering which a reasonable person would be ready to make a great effort to avoid or eliminate, even at the cost of significant injury to his quality of life or life expectancy, and that only if I am in that state, and am also a dying patient and incompetent, will these advance medical directives be followed.

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

### Powers of an Attorney

### סמכויות מיופה הכוח

Choose one of the following alternatives, a – c:

בחר אחת מהחלופות הבאות א-ג:

☐ א. מיופה כוחי יוכל לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מארכי-החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

A. A proxy will be able to make any decision regarding medical treatment or non-medical treatment in me with regard to all life-prolonging medical treatments, whether it is consent to the provision of life-prolonging medical treatment or to refrain from life-prolonging medical treatment.

☐ ב. מיופה כוחי רשאי לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי חריג מאריך חיים, גם כאשר לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות העניין, אך אינו רשאי לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

B. A proxy may act in my name only with the consent to provide exceptional life-prolonging medical treatment, even when the caregivers are of the opinion that such treatment is not justified in the circumstances of the case, but is provident to make a decision regarding the avoidance of life-prolonging medical treatment.

☐ ג. מיופה הכוח רשאי להחליט לגבי הטיפולים המנויים להלן והמסומנים:

C. The proxy may decide on the treatments listed and marked below:

☐ לתת לי טיפול רפואי מאריך חיים \ Provide me life-prolonging medical care

או \ Or

☐ להימנע מלתת לי טיפול רפואי מאריך חיים \ void providing me prolonging medical care

זאת בהתאם להנחיות המופיעות בסעיפים ג1 – ג5

This is in accordance with the instructions that appear in sections C1 - C5

רק מי שבחר בחלופה ג ימלא סעיפים ג1 – ג5

Only those who have chosen alternative C should fill out sections C1 - C5

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

ג1. במצב של חולה הנוטה למות: **C1. In the condition of a terminally ill patient**

**Terminally ill patient- life expectancy up to six months**

(יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחכופה ג)  
סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

(Fill out only if you have chosen a power of attorney in alternative C)

Mark with X the actions included in the power of attorney

	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית. Resuscitation in any possible way	(א)	(a)
	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני. Resuscitation by external cardiac massage	(ב)	(b)
	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה. Resuscitation by endotracheal intubation	(ג)	(c)
	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה. Resuscitation by administering resuscitation drugs	(ד)	(d)
	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי Resuscitation by electric shock	(ה)	(e)
	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing)	(ו)	(f)
	אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/שבועות/חודשים/ללא הגבלה (מחק את המיותר) If you chose to perform, it means that you want to connect to the breather. please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)		
	חיבור לדיאליזה Dialysis	(ז)	(g)
	אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול. If you chose to perform, would you like to continue if there is no useful effect?		
	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי). Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)	(ח)	(h)
	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)	(ט)	(i)
	הקרנות במחלה ממארת Radiotherapy for malignant diseases	(י)	(j)
	כימותרפיה במחלה ממארת Chemotherapy for malignant diseases	(יא)	(l)
	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים. Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment	(יב)	(m)
	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)	(יג)	(n)

לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:

יש להדגיש בפני נותן ההוראות, אלו מהטיפולים המוזכרים מטרתם ריפוי, אלו מטרתם הארכת חיים ואלו טיפולים מטרתם העיקרית היא מניעת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת הנחיות מוקדמות **מדע**, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף. (דוגמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יעיל המונע או מפחית כאב)

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

A patient that his life expectancy does not exceed two weeks

2. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי: **C.2 Should I reach a terminally ill state (death imminent)** (יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ג'). סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

(Fill out only if you have chosen a power of attorney in alternative C)

Mark with X the actions included in the power of attorney

a.	א.	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית. Resuscitation in any possible way
b.	ב.	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני. Resuscitation by external cardiac massage
c.	ג.	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה. Resuscitation by endotracheal intubation
d.	ד.	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה. Resuscitation by administering resuscitation drugs
e.	ה.	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי. Resuscitation by electric shock
f.	ו.	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן Connection to a ventilator with a timer (Temporary artificial breathing)
		אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: _____ ימים/שבועות/חודשים/ללא הגבלה (מחק את המיותר) If you chose to perform, it means that you want to connect to the breather. please specify for how long it is to be maintained: _____ days/weeks/months/without time limit (Cross out what does not apply)
g.	ז.	חיבור לדיאליזה Dialysis
		אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול. If you chose to perform, would you like to continue if there is no useful effect?
h.	ח.	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי). Major surgery (e.g. amputating a necrotic limb, removing a necrotic internal organ)
i.	ט.	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) Minor surgery (e.g. amputating a necrotic finger)
j.	י.	הקרנות במחלה ממארת Radiotherapy for malignant diseases
k.	יא.	כימותרפיה במחלה ממארת Chemotherapy for malignant diseases
l.	יב.	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולם אנטיביוטיים שגרתיים. Antibiotic treatment for severe septicemia resistant to regular antibiotic treatment
m.	יג.	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) Diagnostic tests (blood, X-rays, cardiac monitor)
n.	יד.	טיפולם שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצרי. Routine procedures, e.g. giving antibiotics, blood & blood products
h.	טו	טיפולם במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין Treating undercurrents illnesses, e.g. administering insulin
i.	טז.	מתן מזון בדרך מלאכותית Giving food artificially
j.	יז.	מתן נוזלים בדרך מלאכותית Giving liquids artificially
k.	יח.	מתן תרופות וטיפולים מקלים Giving palliative treatment and drugs

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

ג3. **מצבי חירום אחרים** (מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות)

**C.3 Instructions for other Emergency Situations** (a condition that require immediate treatment or the patient will die)

**It is also allowed not to complete anything on this page.**


ג4. **הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל** (יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

**C.4 Personal Directions not mentioned above** (Fill out this section only if you are willing to provide an instruction regarding an emergency different from the above-mentioned one)


ג5. **בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל**, אני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה הכוח הראשון, אם לא ניתן להשיג את מיופה הכוח במועד הדרוש, או שהוא אינו יכול או סירב למלא את תפקידו, אני מנחה את המטפלים בי לפנות למיופה הכוח השני.

**C.5** With respect to every medical question regarding my treatment under the conditions specified above, I direct my caregivers to contact first the first proxy; should it not be possible to reach this person at the required time, or should he be unable or unwilling to fulfill his duties, I direct my caregivers to contact the second proxy.

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

### התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות With regards to advance medical instructions

- (1) בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות ☐ (סמן אם כן) *(Check if yes)*  
(1) I have also issued advance medical instructions, In addition to power of attorney

ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם להנחיות האמורות והן בהתאם לייפוי כוח זה.  
I direct my caregivers to act in accordance with both the said medical instructions and this power of attorney.

- (2) כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של:  
(2) I hereby direct that, in case of a contradiction between my advance medical instructions and an instruction of the holder of my power of attorney, precedence shall go to—

☐ הנחיה רפואית מקדימה \ My advance medical instruction

*(Check one of the two boxes)*

☐ הוראה של מיופה כוח \ Holder of power of attorney

- (3) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף (2) לעיל בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם ייפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר ועדה מוסדית.

- (3) I am aware that, in the absence of an instruction under Article D.2 below, concerning a contradiction between the said advance medical instructions and this power of attorney, the instructions shall take precedence, but if the power of attorney was given significantly later than the instructions, then an institutional board shall decide the precedence between them.

- (4) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח:  
(4) Additional instructions regarding a conflict between preliminary medical instructions and a power of attorney:


## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

### DECLARATIONS

### הצהרות

#### Other persons informed of my power of attorney **הצהרה על יידוע אנשים נוספים על קיום ייפוי הכוח**

(יכולת רק אם ניתן ייפוי הכוח שוחח עם מי מהאנשים המנויים להלן ו/או נתן לאנשים אלה עותק. אין חובה ליידע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות).

[There is no duty to inform other persons, but doing so increases the efficiency and correctly of your medical instructions.

If you have not informed another person, go directly to the next section, Signature.

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה,

I hereby declare that I have talked with the persons noted below about this document

וכי \ and

☐ I have given them a copy of this document. נתתי להם עותק מהמסמך הזה.

☐ I have not given them a copy of this document. \ לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה.

**[Cross out whichever does not apply]**

If you have informed another person, please check the relevant boxes below clearly and insert the required details.]

I hereby declare that I have talked with the persons noted below about this document and that I have given them/have not given them (Cross out whichever does not apply) a copy of this document.

	פרטיו: Details		<input type="checkbox"/> קירבה: Relationship
	פרטיו: Details		<input type="checkbox"/> קירבה: Relationship
	פרטיו: Details		<input type="checkbox"/> קירבה: Relationship
	פרטיו: Details		<input type="checkbox"/> קירבה: Relationship
	פרטיו: Details		<input type="checkbox"/> קירבה: Relationship

Complete the name, phone and address. You should complete one of the following options:  
Spouse, attorney, doctor, neighbor, brother, son, rabbi, kaddi, priest, etc.

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

### חתימת נותן ייפוי הכוח יש לחתום בפני שני עדים

Signature of Person Granting this Power of Attorney (The signatory must sign in the presence of 2 witnesses)

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

I sign this document after long and careful consideration and of my own free and autonomous will, and not in consequence of any familial, social or other pressure.

	Signature \ חתימה		Date \ תאריך
	Cell phone No. \ טל. נייד		Phone No. \ טלפון

The signatory will complete the date and signature

### Signature of Witnesses

### חתימת העדים

(The 2 witnesses must sign in each other's presence) (שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם נותן ייפוי הכוח)

We, the undersigned, witness that the above \ אנחנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל \ signatory of this document

☐ מוכרת/ת לנו אישית Is personally known to us

(Check one of the two boxes) or \ או

☐ Identified himself/herself to us by means of \ הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה \ an identifying document which included a photo of the signatory

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערבי/ת 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 עד מי שהוא בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו עד).

Signed this document in our presence and that he/she appears to us fully aware and speaking to the point, and that there is no sign of any pressure brought to bear on him/her.

I declare that I do not hold the signatory's power of attorney, nor am I a candidate to do so, nor do I have any economic or other interests involving the signatory.

(N.B. Relatives, a physician, an attorney, or others may have economic interests involving the signatory)

עד 1: \ Witness 1:

מספר ת.ז. \ (9 digits) Israeli identity card no.	שם: First Name שם משפחה: Family Name	כתובת \ Adress	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>			
טלפון \ Phone no.	טל. נייד \ Cell phone no.	תאריך \ Date	חתימה \ Signature

Date should be sign by the signatory in the presence of the person granting the power of attorney

עד 2 \ Witness 2:

מספר ת.ז. \ (9 digits) Israeli identity card no.	שם: First Name שם משפחה: Family Name	כתובת \ Adress	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>			
טלפון \ Phone no.	טל. נייד \ Cell phone no.	תאריך \ Date	חתימה \ Signature

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

### חתימת המוסר המידע הרפואי

רופא או אחות מוסמכת יחתמו כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.  
רופא מומחה יחתום כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא בסטטוס חולה הנוטה למות.

אני \_\_\_\_\_, רופא/ אחות מוסמכת (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי (עמ' 2) ומסרתי למר/גב' \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_  
מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### Signature of the provider of the medical information

A doctor or a certified nurse will sign when the person giving the instructions is not a person determined to be a terminally ill patient.

A specialist doctor will sign when it is determined regarding the person who provided the Guidelines that he is in a terminally ill patient status.

I, \_\_\_\_\_, a physician/ registered nurse, [Cross out whichever does not apply], hereby confirm that I wrote the précis of medical information (page 2) and on (date) \_\_\_\_\_ gave Mr./ Ms. \_\_\_\_\_ medical information about his/her condition he/she may reasonably require for issuing advance medical directives. I also confirm that I explained to him/her the medical terms used in this form and that it was my impression that he/she understood that information I gave him/her.

Name \_\_\_\_\_ ID number \_\_\_\_\_  
License number: \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_ Mobile Phone \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

### חתימת מוסר המידע הרפואי

רופא או אחות מוסמכת יחתמו כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות

רופא מומחה יחתום כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הנו חולה הנוטה למות.

### Signature of Person who Gave the Signatory Medical Information

To be filled out if it has been determined that the issuer of these instructions is terminally ill.

אני \_\_\_\_\_ רופא/ אחות מוסמכת (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר/גב' \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

I \_\_\_\_\_ a certified physician / nurse (delete the unnecessary) hereby confirm that I wrote down the summary of the medical information and provided it to Mr./Mrs . \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ medical information reasonably necessary for him/her to give advance medical instructions. I further confirm that I explained to him/her the medical terms in this form, and that I was impressed that he/she understood the information I provided to him

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מס' רישיון: \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Id. no. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Tel. no. (landline): \_\_\_\_\_ Tel. no. (mobile): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_