

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 על מתכנת ההסברית 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 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 ימלא  
צ"י החותם

עד 2: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_