

הצהרת חולה הנוטה למות שאינו רוצה להוסיף לחיות

(טופס לפי תקנה 14 לתקנות החולה הנוטה למות)

אני החתום מטה (שם מלא) _____, ת"ז _____, בעל
 כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005.

לאחר שנקבע כי אני חולה הנוטה למות כמשמעו בחוק, ולאחר שקיבלתי מרופא מומחה מידע מפורט ומלא באשר למצבי
 ובאשר לטיפולים הנחוצים לי והשלכותיהם, ומאחר שאין ברצוני לקבל טיפולים שיכולים להאריך את סבלי, אני מורה
 בזה לפי הוראות החוק והתקנות, שלא לתת לי את הטיפולים המפורטים להלן:

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

חתימה _____ תאריך _____

חתימת מוסר המידע הרפואי

אני _____, רופא מומחה בתחום _____, מאשר בזאת כי
 מסרתי למר/גב' _____, בתאריך _____, הסבר בדבר
 מצבו/ה הרפואי והיותו/ה חולה הנוטה למות, וכן מסרתי לו/לה מידע רפואי הדרוש לו/לה באופן סביר לשם קבלת
 החלטות בעניין הטיפולים הנחוצים לו/לה והשלכותיהם, והתרשמתי כי הבין/נה את המידע שמסרתי לו/לה.

שם _____ מס' _____ רישיון _____ מוסד _____ רפואי _____

חותמת וחתימה _____ תאריך _____