

חמש  
משאלות  
FIVE  
WISHES

המשאלה שלי בנושא:

מי הייתי רוצה שיקבל עבורי החלטות בנושא טיפול כאשר לא אוכל עוד לעשות זאת

סוג הטיפול הרפואי שאני רוצה או לא רוצה

עד כמה אני רוצה שיהיה לי נוח

כיצד אני רוצה שאנשים יתייחסו אליי

מה אני רוצה שיידעו יקירי

print your name

הדפס את שמך

birthdate

תאריך לידה

**SAMPLE**

# חמש משאלות

**ד**ברים רבים בחיים אינם בשליטתנו. מסמך 'חמש משאלות' זה מאפשר לך לשלוט במשהו חשוב מאוד - האופן שבו יטפלו בך במקרה של מחלה קשה. זהו טופס קל-למילוי המאפשר לך לקבוע בדיוק מה אתה רוצה. לאחר מילוי הטופס וחתימה עליו, הוא יהווה מסמך תקף לפי חוקי מרבית המדינות בארצות הברית.

## מהו מסמך 'חמש משאלות'?

במחלה קשה. הוא נכתב בסיוע הוועדה בנושאי חוק והזדקנות של לשכת עורכי הדין באמריקה, ומומחים מובילים במדינה בתחום טיפול בסוף החיים. המסמך גם נוח לשימוש. כל שעליך לעשות הוא לסמן תיבות סימון, להקיף הנחיות או לכתוב מספר משפטים.

'חמש משאלות' הוא מסמך צוואה בחיים הראשון העוסק בצרכים האישיים, הרגשיים והרוחניים שלך בנוסף לצרכים הרפואיים. מסמך זה מאפשר לך לבחור את האדם שאתה רוצה שיקבל עבורך החלטות בנוגע לטיפול רפואי אם אינך מסוגל לקבל אותן בעצמך. מסמך 'חמש משאלות' מאפשר לך לומר בדיוק כיצד אתה רוצה שיטפלו בך אם תחלה

## כיצד יכול מסמך 'חמש משאלות' לסייע לך ולמשפחתך

- לקבל החלטות קשות בלי לדעת מה רצונותיך.
- תוכל לדעת מה אימא שלך, אבא שלך, בן הזוג שלך, או חברך רוצים. תוכל להיות שם עבורם כאשר הם זקוקים לך יותר מכול. תוכל להבין בדיוק מה הם רוצים.

- הוא מאפשר לך לשוחח עם משפחתך, חבריך והרופא שלך בנוגע לאופן שבו אתה רוצה שיטפלו בך במקרה של מחלה קשה.
- בני משפחתך לא יצטרכו לנחש מה אתה רוצה. המסמך מגן עליהם אם תחלה במחלה קשה, מכיוון שהם לא יצטרכו

## כיצד החל רעיון חמש משאלות

במשך 12 שנים, עבד Jim Towey באופן הדוק עם אימא תרזה, ובמשך שנה אחת, הוא חי בהוספיס שהיא ניהלה בווישינגטון הבירה. תחת השפעת חוויה ישירה זו, חיפש מר Towey דרך שתאפשר למטופלים ולמשפחותיהם לתכנן מראש את התמודדותם עם מחלות קשות. התוצאה היא מסמך 'חמש משאלות' והתגובה למסמך

זה מדהימה. המסמך נסקר בהרחבה ב-CNN ובתוכנית Today Show של NBC ובעיתונים Time ו-Money. עיתונים כינו את מסמך 'חמש משאלות' בשם "צוואה בחיים עם לב ונשמה". כיום, מסמך 'חמש משאלות' זמין ב-23 שפות.

## למי כדאי להשתמש בחמש משאלות

רופאים, בתי חולים ומוסדות סיעודיים, קהילות דתיות, מעסיקים, וקבוצות פנסיונרים מחלקים מסמך זה.

'חמש משאלות' מיועד לכל בן 18 או יותר - נשואים, רווקים, הורים, מבוגרים, ילדים, וחברים. למעלה מ-13 מיליון אמריקאים בכל הגילאים כבר השתמשו במסמך. הודות לנוחות הרבה, עורכי דין,

### המדינות בהן תקפות חמש משאלות

אם אתה מתגורר במדינת מחוז קולומביה או באחת מ-42 המדינות ברשימה להלן, תוכל להיעזר ב'חמש משאלות' ולזכות בשקט נפשי בידיעה שהמסמך עומד בדרישות המדינה על-פי חוק:

אלסקה	אילינוי	מונטנה	דרום קרוליינה
אריזונה	איווה	נברסקה	דרום דקוטה
ארקנסו	קנטאקי	נבאדה	טנסי
קליפורניה	לואיזיאנה	ניו-ג'רזי	ורמונט
קולורדו	מיין	ניו-מקסיקו	וירג'יניה
קונטיקט	מרילנד	ניו-יורק	ושינגטון
דלוור	מסצ'וסטס	צפון קרוליינה	מערב וירג'יניה
פלורידה	מישיגן	צפון דקוטה	ויסקונסין
ג'ורג'יה	מינסוטה	אוקלהומה	ויומינג
הוואי	מיסיסיפי	פנסילבניה	
איידהו	מיזורי	רוד איילנד	

אם המדינה שבה אתה מתגורר אינה נכללת ברשימת 42 המדינות המופיעה כאן, 'חמש משאלות' אינן עומדות בדרישות הטכניות לפי חוקי המדינה שלך. לכן יתכן שחלק מהרופאים במדינה לא יסכימו לכבד את חמש המשאלות. עם זאת, אנשים רבים ממדינות שאינן נכללות ברשימה זו כן ממלאים מסמכי 'חמש משאלות' בשילוב עם המסמך החוקי של המדינה שלהם. הם מגלים ש'חמש משאלות' עוזר להם לבטא את כל מה שהם רוצים ומספק הנחיות מועילות לבני המשפחה, לחברים, למטפלים ולרופאים. מרבית הרופאים ואנשי צוותים רפואיים יודעים שעליהם להקשיב למשאלותיך ללא תלות באופן שבו הבעת אותן.

### כיצד באפשרותי להחליף ל'חמש משאלות'?

ייתכן שכבר יש ברשותך צוואה בחיים או יפוי כוח בר קיימא לטיפול רפואי. אם ברצונך להשתמש ב'חמש משאלות' במקום במסמכים הקיימים, כל שעליך לעשות הוא למלא ולחתום על מסמך 'חמש משאלות' חדש בהתאם להנחיות. ברגע שתחתום על המסמך, הוא מחליף כל הנחיה שהסדרת קודם לכן. כדי לוודא שנעשה שימוש במסמך הנכון, אנא הקפד לבצע את הצעדים הבאים:

- השמד את כל העותקים של מסמכים קודמים של צוואה בחיים או יפוי כוח בר קיימא לטיפול רפואי. או שתוכל לכתוב "revoked" (מבוטל) באותיות גדולות לרוחב העותק שברשותך. ספר לעורך הדין שלך אם הוא או היא סייעו לך להכין את
- אותם מסמכים ישנים עבורך. וגם
- ספר לצוות הרפואי, לבני משפחתך ולרופא שלך שמילאת מסמך חדש של 'חמש משאלות'. ודא שהם יודעים על משאלותיך החדשות.

# 1 — WISH 1 משאלה

האדם שהייתי רוצה שיקבל עבורי החלטות בנושא טיפול רפואי כאשר לא אוכל עוד לעשות זאת בעצמי.

## The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

*If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:*

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

*If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.*

אם אינני מסוגל עוד לקבל את ההחלטות הנוגעות לטיפול הרפואי בי, מסמך זה נוקב בשמו של האדם שבו בחרתי שיקבל החלטות אלה עבורי. אדם זה יהיה 'הנציג הבריאותי' שלי (או כל מונח אחר שעשוי לשמש במדינה, כגון בא-כוח או ממלא מקום). אדם זה יבצע את הבחירות עבורי בתחום הטיפול הרפואי אם מתרחשים שני המצבים הבאים:

- הרופא המטפל שלי מגיע למסקנה שאינני מסוגל עוד לבצע בחירות בנוגע לטיפול הבריאותי שלי, וגם
- איש מקצוע רפואי נוסף מסכים שהדבר נכון.

אם במדינה שבה אני מתגורר יש דרך אחרת שעל-פיה נקבע שאינני כשיר עוד לקבל החלטות בנושא טיפול רפואי, כי אז יש לפעול לפי הדרך הנקבעת במדינה זו.

## בחירת האדם המתאים להיות הנציג הבריאותי שלך Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they are the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

בחר מישהו שמכיר אותך היטב, דואג לך, ויכול לקבל החלטות קשות. בן זוג או בן משפחה עשוי שלא להיות הבחירה הטובה ביותר בגלל המעורבות הרגשית הרבה. לעתים הם כן הבחירה הטובה ביותר. אתה יודע מה מתאים. בחר מישהו שיכול לעמוד על זכויותיך כדי שמשאלותיך ימוּלְאוּ. בנוסף, בחר מישהו שצפוי להיות בקרבתך כדי שיוכל לסייע כאשר אתה זקוק לו. בין אם בחרת בן זוג, בן משפחה, או חבר כנציג הבריאותי שלך, הקפד לדבר על משאלות אלה ולוודא שאדם זה מסכים לכבד את משאלותיך ולפעול לפיהן. על הנציג הבריאותי שלך להיות בן 18 לפחות (בקולורדו, 21 או יותר) ולא להיות:

- ספק הטיפול הרפואי שלך, כולל הבעלים או המפעיל של מתקן בריאותי או מגורים או טיפול קהילתי המשמש אותך.
- עובד או בן זוג של עובד של ספק הטיפול הרפואי.
- אדם המשמש כנציג עבור 10 אנשים או יותר אלא אם הוא בן הזוג שלך או קרוב משפחה.

## האדם שאותו אני בוחר כנציג הבריאות שלי הוא: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Phone	טלפון	First Choice Name	שם בעדיפות ראשונה
City/State/Zip	ארץ/מדינה/מיקוד	Address	כתובת

אם אדם זה אינו מסוגל או שאינו מסכים לבצע בחירות אלו עבורי, או שהתגרש ממני או נפרד ממני חוקית, או שאדם זה נפטר, האנשים הבאים הם הבחירה החלופית שלי:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Third Choice Name	שם בעדיפות שלישית	Second Choice Name	שם בעדיפות שנייה
Address	כתובת	Address	כתובת
City/State/Zip	ארץ/מדינה/מיקוד	City/State/Zip	ארץ/מדינה/מיקוד
Phone	טלפון	Phone	טלפון

### If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

### אם אשנה את דעתי בנוגע לנציג הבריאות שלי

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*

- להשמיד את כל העותקים של חלק זה במסמך חמש המשאלות. או
- לספר למישהו, כגון לרופא שלי או למשפחתי, שאני רוצה לבטל או להחליף את הנציג הבריאותי שלי. או

- Write the word "Revoked" in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

- לכתוב את המילה "revoked" (מבוטל) באותיות גדולות לרוחב השם של כל נציג שאת סמכותו ברצוני לבטל. לחתום את שמי על עמוד זה.

*I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)*

אני מבין שהנציג הבריאותי שלי יכול לקבל החלטות רפואיות עבורי. אני רוצה שנציג זה יוכל לעשות את הפעולות הבאות: (אנא מחק בקו כל פעולה שאינך רוצה שהנציג יבצע מתוך הרשימה להלן).

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• יחליט עבורי בנושאים הקשורים בטיפול הרפואי בי או בשירותים הניתנים לי, כגון בדיקות, תרופות, או ניתוחים. טיפול או שירות אלה עשויים לכלול את הבירור מהי הבעיה הרפואית שלי או כיצד לטפל בה. הוא עשוי גם לכלול טיפול שנועד לשמר אותי בחיים. אם הטיפול כבר החל, הנציג הבריאותי שלי יכול להורות להמשיך אותו או להפסיקו.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• לפרש הוראות כלשהן שנתתי במסמך זה או שנתתי בדיונים אחרים, בהתאם לאופן שבו הנציג הבריאותי שלי מבין את משאלותי ואת ערכי.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• להסכים לכניסתי למוסד סיעודי, בית-חולים, הוספיס, או בית אבות. הנציג הבריאותי שלי יכול לשכור כל סוג של עובד טיפולי או סיעודי שעשוי להיות נדרש לצורך הטיפול בי. הנציג שלי גם יכול לפטר עובד כזה, לפי הצורך.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• לקבל החלטה לבקש, להרחיק או לא לתת טיפולים רפואיים, כולל מתן מזון ומים בהזנה מלאכותית, וכל סוג אחר של טיפול שנועד להחזיק אותי בחיים.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• לראות ולאשר גילוי של התיק הרפואי שלי ונתוני האישיים. אם עליי לחתום את שמי כדי לקבל גישה למסמכים כלשהם כגון אלה, הנציג הבריאותי שלי יוכל לחתום בשמי.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• להעביר אותי למדינה אחרת כדי לקבל את הטיפול שלו אני זקוק או כדי לבצע את משאלותי.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• לאשר או לשלול מתן טיפול תרופתי כלשהו או נוהל רפואי כלשהו הדרושים לסיוע בהתמודדות עם כאב.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Take any legal action needed to carry out my wishes.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• לבצע כל פעולה חוקית נדרשת למימוש משאלותי.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• לתרום איברים או רקמות שלי בהתאם למותר על-פי חוק.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• להגיש בקשות לטיפול Medicare, Medicaid, או תוכניות אחרות או הטבות המגיעות לי מהביטוח. הנציג הבריאותי שלי יכול לראות את תיקי האישיים, כגון תדפיסי חשבון בנק, כדי לברר את מה שנדרש לצורך מילוי טפסים אלה.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• להלן שינויים, תוספות, או הגבלות כלשהם בנוגע לסמכויות הנציג הבריאותי שלי.</li> </ul>  |

---



---



---

## 2 משאלה — WISH 2

### משאלתי בנוגע לסוג הטיפול הרפואי שאני רוצה או לא רוצה.

#### My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

*I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.*

אני מאמין שחיי יקרים ומגיע לי לקבל טיפול עם כבוד. כאשר מגיעה העת שבה אני חולה מאוד ואינני מסוגל לדבר בשם עצמי, אני רוצה שהמשאלות הבאות, והנחיות אחרות כלשהן שנתתי לנציג הבריאות שלי, יכובדו וימולאו.

#### What You Should Keep In Mind As My Caregiver

#### מה עליך לזכור בעת שאתה מטפל בי

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise. • אינני רוצה לסבול מכאבים. אני רוצה שהרופא שלי ייתן לי מספיק תרופות כדי להקל על הכאבים, גם אם פירוש הדבר הוא שאהיה רדום או אישן יותר מאשר הייתי אחרת.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life. • אינני רוצה שפעולה כלשהי תתבצע או שלא תתבצע על-ידי הרופאים שלי או האחיות מתוך כוונה לסיים את חיי.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm. • אני רוצה לקבל מזון ונוזלים דרך הפה, ושישמרו על ניקיוני ושלא יהיה לי קר.

#### במקרה חירום

#### In Case Of An Emergency

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

במקרה של מצב חירום רפואי שבו מגיע צוות רפואי באמבולנס, יתכן שהם יחפשו לראות האם יש לך טופס נא לא לבצע החייאה או צמיד מתאים. במדינות רבות נדרש שיהיה לאדם טופס נא לא לבצע החייאה ממולא וחתום על-ידי רופא. טופס זה מודיע לצוות האמבולנס שאינך רוצה לקבל טיפול מאריך חיים כאשר אתה נוטה למות. בדוק עם הרופא שלך כדי לברר אם עליך למלא טופס נא לא לבצע החייאה.



## What "Life-Support Treatment" Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

---

---

---

---

---

*Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.*

### Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

להלן סוג הטיפול הרפואי שאני רוצה או שאינני רוצה בארבעת המצבים הרשומים להלן. אני רוצה שהנציג הבריאותי שלי, משפחתי, הרופאים וספקי שירותי בריאות אחרים, החברים שלי וכל האחרים ידעו את ההנחיות הבאות.

### קרוב למוות:

אם הרופא שלי ואיש מקצוע רפואי נוסף החליטו שניהם שאני עשוי למות בתוך פרק זמן קצר, וטיפול באמצעים מאריכי חיים רק יעכב את רגע המוות (בחר אחת מהאפשרויות הבאות):

אני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים.

I want to have life-support treatment.

אינני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים. אם הוחל בטיפול זה, אני מבקש להפסיקו.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

אני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים אם הרופא שלי מאמין שהוא עשוי לעזור. אולם אני רוצה שהרופא שלי יפסיק לתת לי טיפול מאריך חיים אם הטיפול אינו מסייע למצבי הבריאותי או לתסמינים שלי.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## מה המשמעות של "טיפול מאריך חיים" עבורי

טיפול מאריך חיים פירושו כל הליך רפואי, התקן או תרופה שיחזיקו אותי בחיים. טיפול מאריך חיים כולל: התקנים רפואיים המוכנסים לגופי כדי לסייע לי לנשום; מזון ומים המסופקים באמצעות ציוד רפואי (הזנה בצינור); החייאת לב וריאה (CPR); ניתוח רציני; עירווי דם; דיאליזה; אנטיביוטיקה; וכל דבר אחר שנועד להחזיק אותי בחיים. אם ארצה להגביל את הפירוש של טיפול מאריך חיים בגלל אמונותיי הדתיות או האישיות, אני אכתוב הגבלה זו במקום המיועד לכך להלן. אני עושה זאת כדי להבהיר בדיוק מה אני רוצה ובאילו תנאים.

## In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## בתרדמת ולא צפוי להתעורר או להתאושש:

אם הרופא שלי ואיש מקצוע רפואי נוסף החליטו שניהם שאני בתרדמת שממנה אינני צפוי להתעורר או להתאושש, ונגרם לי נזק מוחי, וטיפול באמצעים מאריכי חיים רק יעכב את רגע המוות (בחר אחת מהאפשרויות הבאות):

אני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים.

I want to have life-support treatment.

אינני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים. אם הוחל בטיפול זה, אני מבקש להפסיקו.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

אני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים אם הרופא שלי מאמין שהוא עשוי לעזור. אולם אני רוצה שהרופא שלי יפסיק לתת לי טיפול מאריך חיים אם הטיפול אינו מסייע למצבי הבריאותי או לתסמינים שלי.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## סובל מנזק מוחי חמור ובלתי הפיך ואינני צפוי להתאושש:

אם הרופא שלי ואיש מקצוע רפואי נוסף החליטו שניהם שנגרם לי נזק מוחי חמור ובלתי הפיך, (לדוגמה, אני יכול לפקוח עיניים, אך אינני יכול לדבר או להבין) ולא צפוי שיפור במצבי, וטיפול באמצעים מאריכי חיים רק יעכב את רגע המוות (בחר אחת מהאפשרויות הבאות):

אני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים.

I want to have life-support treatment.

אינני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים. אם הוחל בטיפול זה, אני מבקש להפסיקו.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

אני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים אם הרופא שלי מאמין שהוא עשוי לעזור. אולם אני רוצה שהרופא שלי יפסיק לתת לי טיפול מאריך חיים אם הטיפול אינו מסייע למצבי הבריאותי או לתסמינים שלי.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write "end-stage condition." That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

---

---

---

---

---

*The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.*

## במצב אחר שבו אינני רוצה להיות מוחזק במצב חי:

אם מתקיים מצב אחר שבו אינני רוצה לקבל טיפול מאריך חיים, אני מתאר אותו להלן. במצב זה, אני מאמין שהעלויות והעול שבטיפול מאריך חיים גבוהים מדי ואינם שווים את היתרונות עבורי. לכן, במצב זה, אינני רוצה טיפול מאריך חיים. (לדוגמה, באפשרותך לכתוב "מחלה סופנית". פירוש הדבר הוא שמצב בריאותך החמיר. אינך מסוגל לטפל בעצמך בדרך כלשהי, שכלית או פיזית. טיפול מאריך חיים לא יסייע לך להתאושש. אנא השאר מקום זה ריק אם אינך רוצה לתאר מצב אחר.)

**ש** לש המשאלות הבאות עוסקות ברצונות האישיים, הרוחניים והרגשיים שלי. הם חשובים לי. אני רוצה לזכות לטיפול מכובד בסמוך לסוף חיי, לכן אני רוצה שאנשים יבצעו את הפעולות הרשומות במשאלות 3, 4 ו-5 מתי שניתן. אני מבין שהמשפחה שלי, הרופאים ואנשי הצוות הרפואי האחרים, חבריי, ואחרים עשויים שלא להיות יכולים לעשות פעולות אלה או שאינם מחויבים לכך על-פי חוק. אינני מצפה שהמשאלות הבאות יציבו חובות חוקיות חדשות או נוספות על רופאיי או צוותים רפואיים אחרים. כמו כן אינני מצפה שמשאלות אלו יפטרו את הרופאים או את אנשי הרפואה האחרים מלספק לי את הטיפול הנאות המתבקש על-פי חוק.

# 3 משאלה — WISH 3

## משאלתי בנוגע לעד כמה אני רוצה שיהיה לי נוח. My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Please cross out anything that you don't agree with.)

(אנא מחק את כל הסעיפים שאינך מסכים עימם.)

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise. • אינני רוצה לסבול מכאבים. אני רוצה שהרופא שלי ייתן לי מספיק תרופות כדי להקל על הכאבים, גם אם פירוש הדבר הוא שאהיה רדום או אישן יותר מאשר הייתי אחרת.
- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me. • אם אני מראה סימנים של דיכאון, בחילות, קוצר נשימה, או הזיות, אני רוצה שהמטפלים בי יעשו כל שביכולתם כדי לסייע לי.
- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever. • אני רוצה שיניחו מטלית לחה וקרירה על המצח שלי אם יש לי חום.
- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness. • אני רוצה שירטיבו את שפתיי ואת פי כדי לעצור את היובש.
- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times. • אני רוצה אמבטיות חמימות לעתים קרובות. אני רוצה שיקפידו על ניקיון ורעננות בכל עת.
- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be. • אני רוצה עיסויים עם שמנים לעתים קרובות ככל שניתן.
- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death. • אני רוצה שישמיעו את המוסיקה האהובה עלי בכל עת שניתן עד לרגע מותי.
- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort. • אני רוצה לקבל טיפולים אישיים כגון גילוח, קיצוץ ציפורניים, סירוק שיער, וצחצוח שיניים, כל עוד פעולות אלו אינן גורמות לי כאבים או אי-נוחות.
- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death. • אני מבקש שיקריאו בקרבת פסוקי דת ושירים אהובים בקול רם כאשר אני קרוב למותי.
- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones. • אני מעוניין לקבל מידע על אפשרויות לטיפול בהוספיס לקבלת טיפול רפואי, נפשי ורוחני עבורי ועבור יקיריי.

# 4 משאלה — WISH 4

## משאלתי בנוגע לאופן שבו אני רוצה שאנשים יתייחסו אליי.

### My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Please cross out anything that you don't agree with.)

(אנא מחק את כל הסעיפים שאינך מסכים עימם.)

- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.

אני רוצה שיהיו אנשים סביבי בכל עת שניתן. אני רוצה שמישהו יישאר לצידי כאשר נראה כי המוות יכול להגיע בכל רגע.
- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.

אני רוצה שיחזיקו את ידי וידברו אליי מתי שניתן, גם אם נראה כי אינני מגיב לקול או למגע של אחרים.
- I wish to have others by my side praying for me when possible.

אני רוצה שיהיו אנשים סביבי שיתפללו עבורי בכל עת שניתן.
- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.

אני רוצה שחברי הקהילה המאמינה שאליה אני משתייך ידעו שאני חולה ויתבקשו להתפלל עבורי ולבקר אותי.
- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.

אני רוצה לזכות לטיפול אדיב מלא שימחה, ולא עצבות.
- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.

אני רוצה שיהיו תמונות של האנשים היקרים לי בחדרי, לצד מיטתי.
- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.

אם אינני מסוגל לשלוט בסוגרים, אני רוצה שבגדי והמצעים שעל המיטה שלי יישמרו נקיים, ויוחלפו בהקדם האפשרי אם הם התלכלכו.
- I want to die in my home, if that can be done.

אני רוצה למות בביתי, אם הדבר אפשרי.

# משאלה 5 — WISH 5

## משאלתי בנוגע למה שאני רוצה שיידעו יקירי.

### My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Please cross out anything that you don't agree with.)

(אנא מחק את כל הסעיפים שאינך מסכים עימם.)

- I wish to have my family and friends know that I love them. • אני רוצה שמשפחתי וחברי ידעו שאני אוהב אותם.
- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others. • אני רוצה לבקש מחילה על המקרים שבהם פגעתי במשפחתי, בחברי, ובאחרים.
- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life. • אני רוצה שמשפחתי, חברי ואנשים אחרים יידעו שאני סולח להם על מקרים שבהם יתכן והם פגעו בי במהלך חיי.
- I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me. • אני רוצה שמשפחתי וחברי ידעו שאינני פוחד מהמוות עצמו. אני חושב שאין זה הסוף, אלא התחלה חדשה עבורי.
- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can. • אני רוצה שכל בני משפחתי ישלימו זה עם זה לפני מותי, אם הם יכולים.
- I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death. • אני רוצה שמשפחתי וחברי יחשבו כיצד הייתי לפני המחלה הקשה. אני רוצה שהם יזכרו אותי בדרך זו לאחר מותי.
- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them. • אני רוצה שמשפחתי וחברי וכן האנשים המטפלים בי יכבדו את משאלותיי גם אם אינם מסכימים איתן.
- I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days. • אני רוצה שמשפחתי וחברי יראו במוותי עת להעצמה אישית לכולם, כולל אותי. הדבר יסייע לי לחיות חיים משמעותיים בימי האחרונים.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

אני רוצה שמשפחתי וחברי יפנו לקבלת ייעוץ אם יש להם בעיה עם מותי. אני רוצה שזיכרונות מחיי יעניקו להם שמחה ולא עצב.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

ללאחר מותי, אני רוצה שגופתי (הקף אפשרות אחת):  
תיקבר או תישרף.  
(buried) (cremated)

- My body or remains should be put in the following location

גופתי או שרידי יועברו למיקום הבא

\_\_\_\_\_

- The following person knows my funeral wishes:

האדם הבא יודע מהם משאלותיי בנוגע לסדרי לוויה:

\_\_\_\_\_

אם מישהו שואל כיצד אני רוצה להיזכר, אנא אמרו עלי את הדברים הבאים:  
*If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

אם יהיה טקס אזכרה לזכרי, אני רוצה שטקס זה יכלול את הדברים הבאים (רשום מוסיקה, שירים, קטעי קריאה או בקשות מיוחדות אחרות שלך):

*If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

אנא השתמש במקום המסופק להלן להוספת משאלות אחרות כלשהן. לדוגמה, תוכל לבקש לתרום איברים או את כל גופך לאחר מותך. יתכן כי תרצה גם לציין ארגון צדקה המיועד לקבלת תרומות. אם אתה זקוק למקום נוסף ניתן לצרף דף.)

*(Please use the space below for any other wishes. For example, you may choose to donate any or all parts of your body when you die. You may also wish to designate a charity to receive memorial contributions.*

*Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, \_\_\_\_\_, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

# חתימה על מסמך חמש המשאלות

הקפד לחתום על מסמך חמש המשאלות שלך בנוכחות שני עדים.

אני, \_\_\_\_\_, מבקש שמשפחתי, רופאי, וצוותי טיפול רפואי אחרים, חברי, וכל היתר, ימלאו אחר משאלותיי כפי שאלה מועברות על-ידי הנציג הבריאותי שלי (אם יש לי כזה ואם הוא או היא זמינים), או בדרך אחרת כפי שמפורט במסמך זה. מסמך זה נכנס לתוקף כאשר אינני כשיר לקבל החלטות או לדבר בשם עצמי. אם לא ניתן חוקית למלא אחר חלק כלשהו של מסמך זה, אני מבקש למלא אחר כל החלקים האחרים שבו. כמו כן אני מבטל בזאת כל הנחיות קודמות שנתתי בנוגע לטיפול רפואי.

חתימה Signature: \_\_\_\_\_  
כתובת Address: \_\_\_\_\_  
תאריך Date: \_\_\_\_\_  
טלפון Phone: \_\_\_\_\_

## Witness Statement .

(2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter "person") is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person's health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person's health care provider,
- Financially responsible for the person's health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

## הצהרת עד

(דרושים 2 עדים):

אני, העד, מצהיר שהאדם שחתם או אישר טופס זה (להלן "אדם") מוכר לי אישית והוא/היא חתמו על מסמכים אלה [טופסי נציג בריאותי ו/או צוואה בחיים] או אישרו אותם בנוכחותי, והוא/היא נראים בדעה צלולה ואינם תחת לחץ, איומים, מרמה או השפעה לא הוגנת.

כמו כן אני מצהיר שגילי מעל 18 שנים ושאינני:

- האדם הממונה כ(נציג/סוכן/ממלא מקום/עו"ד של מטופל) על-ידי מסמך זה או יורשו,
- ספק הטיפול הרפואי של אותו אדם, כולל הבעלים או המפעיל של מתקן בריאותי לטווח ארוך, או מתקן מגורים או טיפול קהילתי המשמש את אותו אדם,
- עובד של ספק הטיפול הרפואי של אותו אדם,
- אחראי פיננסית לטיפול הרפואי של אותו אדם,
- עובד של ספק ביטוח רפואי או ביטוח חיים של אותו אדם,
- מקורב לאותו אדם בקשר דם, נישואין, או אימוץ, וגם,
- למיטב ידיעתי, אינני נושא של אותו אדם או זכאי לחלק כלשהו של רכושו לפי צוואה או נספח כלשהו, לפי חוק.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state's rules, please follow the above.)

(במדינות מסוימות יתכן שקיימים פחות חוקים באשר לאנשים שיכולים להיות עדים. אלא אם הינך בקיא בחוקי המדינה, אנא הקפד על האמור לעיל.)



Signature of Witness #2	חתימת עד #2
Printed Name of Witness	שם העד בדפוס
Address	כתובת
Phone	טלפון

Signature of Witness #1	חתימת עד #1
Printed Name of Witness	שם העד בדפוס
Address	כתובת
Phone	טלפון

## אישור נוטריוני. Notarization.

דרוש רק עבור תושבי מיזורי, צפון קרוליינה, דרום קרוליינה ומערב וירג'יניה  
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- אם אתה תושב מיזורי, רק חתימתך זקוקה לאישור נוטריוני.
- אם אתה מתגורר בצפון קרוליינה, דרום קרוליינה או מערב וירג'יניה, עליך לקבל אישור נוטריוני על חתימתך, וחתימות העדים שלך.
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF \_\_\_\_\_

COUNTY OF \_\_\_\_\_

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, the said \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, and \_\_\_\_\_, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

Notary Public

תושבי וויסקונסין חייבים לצרף את הצהרת הודעת וויסקונסין לחמש המשאלות שלהם.

**Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

מידע נוסף והצהרת ההודעה ניתן למצוא בכתובת [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) או בטלפון.

More information and the notice statement are available at [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

דיירים במוסדות במדינות קליפורניה, קונטיקט, דלוור, ג'ורג'יה, ניו-יורק, צפון דקוטה, דרום קרוליינה, וכן ורמונט חייבים לפעול על פי חוקי עדות מיוחדים.

**Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.**

אם אתה מתגורר במוסדות מסוימים (בית אבות, מתקן אחר מורשה לטיפול ארוך טווח, בית לאנשים עם מוגבלויות שכליות או התפתחותיות, או מוסד לבריאות הנפש) באחת המדינות הרשומות לעיל, יתכן שיהיה עליך להקפיד על "דרישות עדות" מיוחדות כדי לתת תוקף לחמש המשאלות שלך. למידע נוסף, אנא צור קשר עם עובד סוציאלי או עורך דין של מטופלים במוסד שבו אתה מתגורר.

*If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special "witnessing requirements" for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.*

## מה לעשות לאחר שהשלמת את מסמך חמש המשאלות

- הקפד לחתום ולספק עדות למסמך בדיוק על-פי האמור בהנחיות. כך חמש המשאלות שלך יקבלו תוקף חוקי.
- דבר על משאלותיך עם הנציג הבריאותי שלך, עם בני המשפחה ועם אחרים שאתה חשוב להם. תן להם עותקים של מסמך חמש המשאלות המלא שלך.
- שמור את העותק המקורי שחתמת עליו במקום מיוחד בביתך. אל תשמור אותו בכספת. שמור אותו בהישג יד כדי שניתן יהיה למצוא אותו כאשר אתה זקוק לו.
- מלא את הכרטיס לארנק המצורף להלן. קח אותו אתך. כך אנשים יידעו היכן אתה שומר את חמש המשאלות שלך.
- דבר עם הרופא שלך בביקורך הבא במרפאה. תן לרופא שלך עותק של מסמך חמש המשאלות שלך. הקפד לוודא שהוא נרשם בתיקך הרפואי. ודא שהרופא מבין את משאלותיך ומוכן לפעול על פיהן. בקש ממנו או ממנה לומר לרופאים אחרים המטפלים בך שיכבדו אותן.
- אם אתה מתאשפז בבית חולים או במוסד סיעודי, קח אתך את חמש המשאלות שלך. בקש לכלול אותן בתיקך הרפואי.
- נתתי לאנשים הבאים עותקים של חמש המשאלות שלי:

*I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

---



---



---

חמש משאלות נועדו לסייע לך לתכנן את העתיד. אין הכוונה לספק לך ייעוץ משפטי. אין הכוונה לענות על כל שאלותיך בנוגע לכל העשוי להתרחש. כל אדם הוא שונה, כל מצב הוא שונה. חוקים משתנים מעת לעת. אם התעוררה שאלה או בעיה מסוימת, שוחח עם איש מקצוע בתחום הרפואה או המשפטים לקבלת ייעוץ.

*Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.*

חמש משאלות - כרטיס לארנק

**Important Notice to Medical Personnel:**

הודעה חשובה לצוות הרפואי: מילאתי טופס צוואה בחיים עם חמש משאלות:

Signature חתימה

Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is

אנא פעלו בהתאם למסמך זה ו/או בהתאם להנחיות הנציג הבריאותי שלי במקרה חירום. הנציג שלי הוא

Name שם

Address כתובת City/State/Zip ארץ/מדינה/מיקוד

Phone טלפון

My primary care physician is: הרופא המטפל הראשי שלי הוא:

Name שם

Address כתובת City/State/Zip ארץ/מדינה/מיקוד

Phone טלפון

My document is located at: המסמך שלי נמצא ב:

---



---



---

נזור את הכרטיס, קפל וצפה אותו בלמיניציה לשמירה עליו

**SAMPLE**

## מה אנשים אומרים על 'חמש משאלות':

"עוד מעט תמלא שנה מאז שאימי נפטרה. ידענו מה היא רוצה מכיוון שהייתה לה צוואה בחיים של חמש משאלות. כאשר התקרבנו לסוף, אחי ואני ידענו בדיוק מה היה עלינו לעשות. היה לנו שקט נפשי."

Cheryl K.  
Longwood, Florida

"אני מוכרחה לומר שאני אוהבת את חמש המשאלות. המסמך ברור, קל להבנה, ואינו מתעמק בנושאים המוחשיים של הטיפול הרפואי, אלא בנושאים החשובים באמת - הטיפול האנושי. אני השתמשתי במסמך עבורי ועבור בעלי."

Susan W.  
Flagstaff, Arizona

"אני לא רוצה שילדי יצטרכו לקבל את ההחלטות שאני נאלצת לקבל עבור אימי. אף פעם לא ידעתי שקיימות כל כך הרבה אפשרויות רפואיות שצריך לשקול. תודה לכם על מסמך כל כך רגיש ומתחשב. אני יכולה פשוט למלא אותו ולתייק עבור ילדי."

Diana W.  
Hanover, Illinois

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

'חמש משאלות' נוצרו על-ידי Aging with Dignity, ארגון שלא למטרת רווח אשר שם לעצמו כיעד לסייע לאנשים לתכנן ולקבל את הטיפול שהם רוצים במקרה של מחלה קשה. הפיתוח של 'חמש משאלות' התאפשר באמצעות מענק מקרן Robert Wood Johnson Foundation.



P.O. Box 1661  
Tallahassee, Florida 32302-1661  
[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)  
(888) 594-7437

Translations of Five Wishes made possible through support from

תרגום של חמש משאלות התאפשר באמצעות תמיכה



United Health Foundation<sup>SM</sup>

Professional translation services provided by

משירותי תרגום מקצועיים שסופקו על-ידי

Language Services Associates

Five Wishes (חמש משאלות) הוא סימן מסחרי של Aging with Dignity (הודקנות בכבוד). כל הזכויות שמורות. תוכן פרסום זה הוא חומר המוגן בזכויות יוצרים בבעלות Aging with Dignity. אין לשכפל או לשדר חלק כלשהו של פרסום זה בכל צורה או בכל אמצעי, אלקטרוני או מכני, כולל צילום מסמכים, הקלטה, או כל מערכת לאחסון ולאחזור מידע, ללא הסכמה בכתב מאת Aging with Dignity. בעוד שתוכן מסמך זה מוגן בזכויות יוצרים, מותר לך לצלם אותו כדי לספק עותק של טופס 'חמש המשאלות' המלא שלך לרופא, למטפל, לנציג הטיפול הרפואי, לחברי המשפחה או לקיריך האחרים. כל שכפול אחר או שימוש אחר ב'חמש משאלות' מחייב אישור מ-Aging with Dignity. Aging with Dignity מבקשת להודות ל-Oregon Health Decisions על תרומתה לניסוח משאלה מספר 2, ול-Charles Sabatino, Kate Callahan, Tere Saenz עבור העזרה.

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.