Pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną

Wyznaczenie przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej w stanie Nowy Jork

Prawo Health Care Proxy (prawo dotyczące pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną) stanu Nowy Jork pozwala Państwu wyznaczyć zaufaną osobę, np. członka rodziny lub bliskiego przyjaciela, do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w Państwa imieniu, jeśli nie będą Państwo mogli podejmować tych decyzji samodzielnie. Wyznaczenie przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej daje Państwu pewność, że świadczeniodawcy opieki zdrowotnej będą postępować zgodnie z Państwa życzeniami. Państwa przedstawiciel może także zdecydować, jak Państwa życzenia powinny być realizowane, w miarę jak Państwa stan zdrowia będzie ulegał zmianie. Szpitale, lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia muszą stosować się do decyzji Państwa przedstawiciela, jakby były one Państwa decyzjami. Mogą Państwo udzielić swojemu przedstawicielowi taki zakres upoważnień, jaki uważają Państwo za właściwy. Mogą pozwolić Państwo, aby przedstawiciel podejmował wszystkie (lub tylko niektóre) decyzje dotyczące opieki zdrowotnej. Mogą Państwo także przekazać swojemu przedstawicielowi instrukcje, zgodnie z którymi będzie musiał postępować. Niniejszy formularz może być także wykorzystany do udokumentowania Państwa życzeń lub instrukcji, jeśli chodzi o dawstwo narządów, tkanek ocznych lub innych tkanek.

Formularz pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną

To jest ważny dokument prawny. Przed podpisaniem prosimy zapoznać się z następującymi faktami:

1. Niniejszy formularz przyznaje osobie, którą wybiorą Państwo na swojego przedstawiciela, umocowanie do podejmowania wszystkich decyzji dotyczących Państwa opieki zdrowotnej, w tym decyzji o usunięciu lub zastosowaniu terapii podtrzymujących życie, o ile nie zaznaczą Państwo inaczej w tym formularzu. „Opieka zdrowotna" oznacza każdy rodzaj leczenia, usługę lub procedurę diagnozującą bądź leczącą Państwa zdrowie fizyczne lub psychiczne.
2. O ile Państwa przedstawiciel nie zna Państwa życzeń dotyczących sztucznego odżywiania lub nawadniania (żywienia i wody zapewnianych przez zgłębnik do karmienia lub infuzję dożylną), nie będzie mógł on odmówić lub wyrazić zgody na zastosowanie tych środków wobec Państwa.
3. Państwa przedstawiciel rozpocznie podejmowanie decyzji w Państwa imieniu, gdy Państwa lekarz stwierdzi, że nie są Państwo w stanie podejmować za siebie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.
4. W niniejszym formularzu mogą Państwo określić przykładowe rodzaje leczenia, których sobie Państwo nie życzą, i/lub takie, które na pewno chcą Państwo otrzymać. Instrukcje mogą zostać wykorzystane do ograniczenia uprawnień decyzyjnych przedstawiciela. Państwa przedstawiciel musi postępować zgodnie z Państwa instrukcjami przy podejmowaniu decyzji w Państwa imieniu.
5. Nie potrzebują Państwo obecności prawnika przy wypełnieniu tego formularza.
6. Na swojego przedstawiciela mogą Państwo wybrać osobę dorosłą (mającą co najmniej 18 lat), w tym członka rodziny lub bliskiego przyjaciela. Jeśli na swojego przedstawiciela wybiorą Państwo lekarza, będzie on musiał wybrać między działaniem w charakterze przedstawiciela a opieką nad Państwem jako lekarz prowadzący, ponieważ lekarz nie może pełnić obu funkcji naraz. Ponadto jeśli są Państwo pacjentem lub rezydentem szpitala, domu opiekuńczego lub placówki psychiatrycznej, mają zastosowanie specjalne ograniczenia dotyczące wyboru na przedstawiciela osoby, która tam pracuje. Należy poprosić personel placówki o wyjaśnienie tych ograniczeń.
7. Zanim wyznaczą Państwo kogoś na swojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej, należy przedyskutować tę kwestię z wybraną osobą, aby mieć pewność, że zgadza się ona na bycie Państwa przedstawicielem. Należy powiedzieć wybranej osobie, że wybierają ją Państwo na swojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej. Prosimy przedyskutować swoje życzenia dotyczące opieki zdrowotnej i niniejszy formularz ze swoim przedstawicielem. Prosimy zadbać o przekazanie tej osobie podpisanej kopii formularza. Państwa przedstawiciel nie może być pozwany za decyzje dotyczące opieki zdrowotnej podjęte w dobrej wierze.
8. Jeśli wyznaczyli Państwo swojego współmałżonka na przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej, a później zostanie orzeczony rozwód lub separacja prawna, to Państwa były współmałżonek już nie będzie mógł być Państwa przedstawicielem, chyba że zdecydują Państwo inaczej. Jeśli chcieliby Państwo, aby były współmałżonek nadal był Państwa przedstawicielem, mogą Państwo odnotować ten fakt na obecnym formularzu i opatrzyć datą lub wypełnić nowy formularz ze wskazaniem swojego byłego współmałżonka.
9. Nawet jeśli podpisali Państwo ten formularz, mają Państwo prawo podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w swoim imieniu tak długo, jak to możliwe, a leczenie nie może zostać zastosowane lub wstrzymane, jeśli Państwo się temu sprzeciwiają, a Państwa przedstawiciel nie ma prawa sprzeciwu.
10. Mogą Państwo anulować umocowanie udzielone swojemu przedstawicielowi, informując wybraną osobę lub swojego świadczeniodawcę opieki zdrowotnej ustnie lub na piśmie.
11. Wyznaczenie przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej nie jest obowiązkowe. Nikt nie może wymagać od Państwa wyznaczenia takiego przedstawiciela.
12. W tym formularzu mogą Państwo wyrazić swoje życzenia lub instrukcje dotyczące dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek.

Często zadawane pytania

Dlaczego należy wybrać przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej?
Jeśli nie będą Państwo mogli, nawet tymczasowo, podejmować decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w swoim imieniu, ktoś inny będzie musiał zadecydować za Państwa. Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej często oczekują wskazówek od członków rodziny. Członkowie rodziny mogą wyrażać opinie na temat tego, co według nich może być Państwa życzeniem w odniesieniu do danej terapii. Wyznaczenie przedstawiciela pozwala Państwu kontrolować swoje leczenie poprzez:

- pozwolenie swojemu przedstawicielowi na podejmowanie w Państwa imieniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, jakie byłyby podjęte przez Państwa;
- wybranie jednej osoby do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, ponieważ uważają Państwo, że ta osoba podjęłaby najlepsze decyzje;
- wybranie jednej osoby, aby uniknąć konfliktów lub niejasności między członkami rodziny i/lub innymi osobami bliskimi.

Mogą także Państwo wyznaczyć alternatywnego przedstawiciela, który przejmie decydowanie, jeśli osoba pierwszego wyboru nie będzie mogła podjąć decyzji w Państwa imieniu.

Kto może być przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej?
Każda osoba, która ukończyła 18 lat, może być przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej. Osoba wyznaczona do bycia Państwa przedstawicielem lub alternatywny przedstawiciel nie może podpisać się jako świadek na Państwa formularzu pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną.

W jaki sposób wyznaczyć przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej?
Wszystkie kompetentne osoby, które ukończyły 18 lat, mogą wyznaczyć przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej poprzez podpisanie formularza pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną. Nie ma potrzeby obecności prawnika lub notariusza. Wystarczą dwie osoby dorosłe jako świadkowie. Państwa przedstawiciel nie może podpisać formularza jako świadek. Mogą Państwo wykorzystać wydrukowany formularz, ale nie trzeba korzystać z tego formularza.

Kiedy mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej zacznie podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w moim imieniu?
Państwa przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej zacznie podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej od momentu, gdy Państwa lekarz stwierdzi, że nie są Państwo w stanie podejmować decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w swoim imieniu. Przez cały czas, gdy są Państwo w stanie podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w swoim imieniu, mają Państwo do tego prawo.

Jakie decyzje może podejmować mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej?
O ile nie ograniczą Państwo umocowania swojego przedstawiciela, Państwa przedstawiciel będzie mógł podejmować dowolne decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, jakie mogliby Państwo podjąć, gdyby byli Państwo w stanie to robić w swoim imieniu. Państwa przedstawiciel może się zgodzić, aby skorzystali Państwo z leczenia, wybrać spośród różnych rodzajów leczenia i zdecydować o tym, że leczenie nie powinno być zapewnione, zgodnie z Państwa życzeniami i interesem. Państwa przedstawiciel może jednak podejmować decyzje dotyczące sztucznego żywienia i nawadniania (żywienia i wody zapewnianych przez zgłębnik do karmienia lub infuzję dożylną), jeśli zna Państwa życzenia, na podstawie instrukcji ustnych lub pisemnych. Formularz pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną nie daje Państwa przedstawicielowi umocowania do podejmowania decyzji niezwiązanych z opieką zdrowotną, np. decyzji finansowych.

Dlaczego mam wyznaczyć przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej, skoro jestem młody(-a) i zdrowy(-a)?
Wyznaczenie przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej to dobry pomysł, nawet jeśli nie jest się osobą starszą lub nieuleczalnie chorą. Przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej może występować w Państwa imieniu, jeśli będą Państwo choćby tymczasowo niezdolni do podejmowania decyzji dotyczących swojej opieki zdrowotnej (np. wówczas, gdy są Państwo pod narkozą lub będą nieprzytomni na skutek wypadku). Gdy ponownie będą Państwo mogli podejmować decyzje dotyczące swojej opieki zdrowotnej, Państwa przedstawiciel nie będzie miał prawa działać.

Często zadawane pytania – *ciąg dalszy*

W jaki sposób mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej będzie podejmować decyzje?
Państwa przedstawiciel będzie uwzględniał Państwa życzenia oraz poglądy moralne i religijne. Mogą Państwo zapisać swoje instrukcje w tym formularzu pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną lub przedyskutować je ze swoim przedstawicielem.

Skąd przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej będzie miał wiedzę na temat moich życzeń?
Przeprowadzenie szczerej rozmowy na temat swoich życzeń ze swoim przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej pozwoli lepiej zadbać mu o Państwa interesy. Jeśli Państwa przedstawiciel nie będzie znał Państwa życzeń lub opinii, jest prawnie zobowiązany do działania w Państwa najlepszym interesie. Ponieważ to duża odpowiedzialność dla osoby, którą Państwo wyznaczą na swojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej, należy przeprowadzić rozmowę z tą osobą na temat rodzajów leczenia, jakie chcieliby lub jakich nie chcieliby Państwo otrzymać w różnych okolicznościach, na przykład:

- czy życzą sobie Państwo rozpoczęcia/kontynuacji/usunięcia terapii ratującej życie, jeśli będą Państwo w trwałej śpiączce;
- czy życzą sobie Państwo rozpoczęcia/kontynuacji/usunięcia leczenia, jeśli będą Państwo nieuleczalnie chorzy;
- czy życzą sobie Państwo rozpoczęcia/przerwania lub kontynuacji, lub wycofania sztucznego odżywiania i nawadniania i w jakich okolicznościach.

Czy mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej może postępować wbrew moim życzeniom lub wcześniejszym instrukcjom dotyczącym terapii?
Nie. Państwa przedstawiciel jest zobowiązany podejmować decyzje zgodne z Państwa życzeniami. Jeśli wyraźnie wyrazili Państwo konkretne życzenia lub podali konkretne instrukcje dotyczące leczenia, Państwa przedstawiciel ma obowiązek działania zgodnie z tymi życzeniami lub instrukcjami, chyba że w dobrej wierze nie może sądzić, że Państwa życzenia uległy zmianie lub nie mają zastosowania w danych okolicznościach.

Kto będzie liczył się z moim przedstawicielem?
Wszystkie szpitale, domy opieki i inni świadczeniodawcy opieki zdrowotnej są prawnie zobowiązani do zapewnienia Państwa przedstawicielowi ds. opieki zdrowotnej tych samych informacji, których udzieliliby Państwu, oraz muszą uszanować decyzje Państwa przedstawiciela, jakby były podjęte przez Państwa. Jeśli szpital lub dom opieki sprzeciwia się pewnym opcjom terapeutycznym (np. rezygnacji z niektórych rodzajów leczenia), muszą o tym poinformować Państwa lub Państwa przedstawiciela PRZED przyjęciem lub w chwili przyjęcia, jeśli to zasadnie możliwe.

Co jeśli mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej nie jest dostępny w chwili, gdy trzeba podjąć decyzję?
Mogą Państwo wyznaczyć alternatywnego przedstawiciela, aby podejmował decyzje, gdy Państwa przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej jest niedostępny, nie może lub nie chce działać w momencie, gdy trzeba podjąć decyzje. W przeciwnym razie świadczeniodawcy opieki zdrowotnej podejmą decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, które będą zgodne z instrukcjami podanymi przez Państwa, gdy byli Państwo w stanie to zrobić. Wszelkie instrukcje napisane na formularzu pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną będą wskazówką dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tych okolicznościach.

Co się stanie, jeśli zmienię zdanie?
Można łatwo odwołać pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną, zmienić osobę wybraną na przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej lub zmienić instrukcje lub ograniczenia określone w formularzu. Można po prostu wypełnić nowy formularz. Ponadto mogą Państwo wskazać, że Państwa pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną wygasa w określonym dniu lub po wystąpieniu określonych zdarzeń. W przeciwnym razie pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną będzie ważne bezterminowo. Jeśli wybiorą Państwo swojego współmałżonka jako swojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej lub alternatywnego przedstawiciela, a później zostanie orzeczony rozwód lub separacja prawna, to wyznaczenie zostanie automatyczne anulowane. Jednakże jeśli chcieliby Państwo, aby były współmałżonek nadal był Państwa przedstawicielem, mogą Państwo odnotować ten fakt na obecnym formularzu i opatrzyć datą lub wypełnić nowy formularz ze wskazaniem swojego byłego współmałżonka.

Często zadawane pytania – *ciąg dalszy*

Czy mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej może być odpowiedzialny prawnie za decyzje podjęte w moim imieniu?
Nie. Państwa przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej nie będzie odpowiedzialny za decyzje dotyczące opieki zdrowotnej podjęte w dobrej wierze w Państwa imieniu. Ponadto nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za koszty Państwa opieki tylko dlatego, że jest Państwa przedstawicielem.

Czy pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną jest tym samym co oświadczenie woli w sprawie podtrzymywania życia?
Nie. Oświadczenie woli w sprawie podtrzymywania życia to dokument, w którym podane są szczegółowe instrukcje dotyczące decyzji w sprawie opieki zdrowotnej. Mogą Państwo wstawić takie instrukcje do swojego formularza pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną. Pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną pozwala Państwu wybrać osobę, której Państwo ufają, aby podejmowała decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w Państwa imieniu. W przeciwieństwie do oświadczenia woli w sprawie podtrzymywania życia pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną nie wymaga od Państwa podjęcia decyzji z wyprzedzeniem co do sytuacji, które mogą mieć miejsce. Państwa przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej może interpretować Państwa życzenia w miarę zmiany okoliczności medycznych i może podejmować decyzje, których konieczności Państwo nie przewidzieli.

Gdzie należy przechowywać pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną po jego podpisaniu?
Prosimy wręczyć kopię swojemu przedstawicielowi, lekarzowi, prawnikowi i innym członkom rodziny lub bliskim przyjaciołom. Prosimy trzymać kopię w swoim portfelu lub torebce lub razem z innymi ważnymi dokumentami, ale nie w miejscu, do którego nikt nie ma dostępu, np. w sejfie. Prosimy mieć kopię ze sobą przy przyjęciu do szpitala, nawet w przypadku prostej operacji lub ambulatoryjnego zabiegu chirurgicznego.

Czy mogę użyć formularza pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną do wyrażenia swoich życzeń dotyczących dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek?
Tak. Prosimy wykorzystać opcjonalną sekcję dotyczącą dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek w formularzu pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną. Prosimy zadbać o to, aby tę sekcję podpisało dwóch świadków. Mogą Państwo określić, czy Państwa narządy, tkanki oczne i/lub inne tkanki mogą być wykorzystane do transplantacji, badań lub celów edukacyjnych. Wszelkie ograniczenia związane z Państwa życzeniami powinny zostać odnotowane w tej sekcji pełnomocnictwa. **Niewpisanie Państwa życzeń i instrukcji do swojego formularza pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną nie oznacza, że nie chcą Państwa być dawcą narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek.**

Czy mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej może podejmować decyzje dotyczące mojego dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek?
Tak. Od 26 sierpnia 2009 r. Państwa przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej jest umocowany do podejmowania decyzji po Państwa śmierci, ale tylko w kwestii dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek. Państwa przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej musi podjąć takie decyzje, jak zostały zapisane w Państwa formularzu pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną.

Kto może zgodzić się na dawstwo, jeśli nie określę swoich życzeń w tym momencie?
Ważne jest, aby poinformować o swoich życzeniach dotyczących dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek swojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej lub „pełnomocnika w sprawach związanych z opieką zdrowotną", członków rodziny i osobę odpowiedzialną za dysponowanie Państwa szczątkami. Jeśli do tej pory nie poinformowali Państwo o swoim życzeniu bycia lub niebycia dawcą narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek, przepisy stanu Nowy Jork podają listę osób, które są upoważnione do wyrażenia zgody na dawstwo narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek w Państwa imieniu. Osoby te są następujące, w kolejności pierwszeństwa: Państwa przedstawiciel/pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej; Państwa współmałżonek, jeśli nie są Państwo w separacji prawnej, lub Państwa partner życiowy; syn lub córka w wieku co najmniej 18 lat; każdy z rodziców, brat lub siostra w wieku co najmniej 18 lat; dorosły(-a) wnuk/wnuczka, dziadek/babcia; opiekun prawny wyznaczony dla Państwa przez sąd przed Państwa śmiercią bądź inna osoba upoważniona do dysponowania Państwa szczątkami.

Instrukcje dotyczące wypełniania formularza pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną

Pozycja (1)
Prosimy wpisać imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu osoby, którą Państwo wyznaczają na swojego przedstawiciela.

Pozycja (2)
Jeśli chcieliby Państwo wyznaczyć alternatywnego przedstawiciela, prosimy wpisać imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu osoby, którą Państwo wyznaczają na swojego alternatywnego przedstawiciela.

Pozycja (3)
Państwa pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną pozostanie ważne bezterminowo, chyba że określą Państwo datę wygaśnięcia lub warunek jego wygaśnięcia. Ta sekcja jest opcjonalna i powinna być wypełniona tylko wtedy, gdy chcą Państwo, aby pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną wygasło.

Pozycja (4)
Jeśli mają Państwo specjalne instrukcje dla swojego przedstawiciela, prosimy je spisać tutaj. Ponadto, jeśli chcieliby Państwo ograniczyć umocowanie swojego przedstawiciela w jakikolwiek sposób, prosimy to opisać tutaj lub przedyskutować te kwestie ze swoim przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej. Jeśli nie określą Państwo żadnych ograniczeń, Państwa przedstawiciel będzie mógł podejmować wszystkie decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, jakie mogliby Państwo podjąć, w tym decyzje dotyczące zgody lub odmowy terapii podtrzymującej życie.

Jeśli chcieliby Państwo udzielić swojemu przedstawicielowi szerokich uprawnień, mogą to Państwo zrobić tutaj, w formularzu. Prosimy napisać: Przedyskutowałem(-am) moje życzenia z moim przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej i alternatywnym przedstawicielem. Osoby te znają moje życzenia, w tym te dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania.

Jeśli chcieliby Państwo podać bardziej szczegółowe instrukcje, mogą Państwo napisać:

Jeśli będę śmiertelnie chory(-a), chcę otrzymać następujące rodzaje leczenia / nie chcę otrzymać następujących rodzajów leczenia...

Jeśli będę w śpiączce lub będę mieć ograniczoną świadomość, bez rokowania na wyzdrowienie, chcę otrzymać następujące rodzaje leczenia / nie chcę otrzymać następujących rodzajów leczenia...

Jeśli będę mieć uszkodzenie mózgu lub chorobę mózgu, która uniemożliwia mi rozpoznanie osób lub rozmowę, bez rokowania na wyzdrowienie, chcę otrzymać następujące rodzaje leczenia / nie chcę otrzymać następujących rodzajów leczenia...

Omówiłem(-am) z moim przedstawicielem swoje życzenia dotyczące _____ i chcę, aby mój przedstawiciel podejmował wszystkie decyzje dotyczące tych środków.

Poniżej podano przykłady terapii medycznych, co do których mogą Państwo chcieć przekazać specjalne instrukcje swojemu przedstawicielowi. Lista nie jest wyczerpująca:

- sztuczne oddychanie
- sztuczne odżywianie i nawadnianie (żywienie i woda zapewniane przez rurkę intubacyjną)
- resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- leki przeciwpsychotyczne
- terapia elektrowstrząsowa
- antybiotyki
- procedury chirurgiczne
- dializa
- transplantacja
- transfuzje krwi
- aborcja
- sterylizacja

Pozycja (5)
Muszą Państwo podpisać formularz pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną i opatrzyć go datą. Jeśli nie mogą Państwo tego zrobić osobiście, mogą Państwo poprosić kogoś innego o podpisanie formularza w Państwa obecności. Prosimy pamiętać o podaniu swojego adresu.

Pozycja (6)
W tym formularzu mogą Państwo podać życzenia lub instrukcje dotyczące dawstwa narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek. Prawo stanu Nowy Jork określa pewne osoby w kolejności pierwszeństwa, które mogą wyrazić zgodę na dawstwo narządów, tkanek ocznych i/lub tkanek w Państwa imieniu: Państwa wyznaczony przedstawiciel/pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej; Państwa wyznaczony przedstawiciel upoważniony do dysponowania Państwa szczątkami; Państwa współmałżonek, jeśli nie są Państwo w separacji prawnej, lub Państwa partner życiowy; syn lub córka w wieku co najmniej 18 lat; każdy z rodziców, brat lub siostra w wieku co najmniej 18 lat; dorosły(-a) wnuk/wnuczka, dziadek/babcia; opiekun prawny wyznaczony przez sąd przed Państwa śmiercią bądź inna osoba upoważniona do dysponowania Państwa ciałem.

Pozycja (7)
Dwóch świadków w wieku co najmniej 18 lat musi podpisać ten formularz pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną. Osoba wyznaczona na Państwa przedstawiciela lub alternatywnego przedstawiciela nie może podpisać się jako świadek.

Pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną

(1) Ja, _____

niniejszym wyznaczam _____
(imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu)

_____

_____

na mojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej i podejmowania wszystkich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w moim imieniu, z wyłączeniem zakresu określonego inaczej. To pełnomocnictwo jest wiążące tylko wtedy, kiedy nie będę w stanie podejmować swoich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

(2) Opcjonalnie: przedstawiciel alternatywny

Jeśli wyznaczona osoba nie może, nie chce lub nie jest dostępna, aby działać jako mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej, niniejszym wyznaczam _____
(imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu)

_____

_____

na mojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej i podejmowania wszystkich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w moim imieniu, z wyłączeniem zakresu określonego inaczej.

(3) O ile nie odwołam lub nie określę daty wygaśnięcia lub okoliczności, w jakich wygaśnie, to pełnomocnictwo będzie ważne bezterminowo. (*Opcjonalnie: jeśli chcą Państwo, aby to pełnomocnictwo wygasło, prosimy podać datę lub warunki tutaj).* To pełnomocnictwo wygasa *(podać datę lub warunki):*

_____

_____

(4) Opcjonalnie: polecam mojemu przedstawicielowi ds. opieki zdrowotnej, aby podejmował decyzje dotyczące opieki zdrowotnej zgodnie z moimi życzeniami i ograniczeniami, które zna lub które zostały określone poniżej. *(Jeśli chcą Państwo ograniczyć upoważnienie swojego przedstawiciela w zakresie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej lub przekazać konkretne instrukcje, mogą Państwo określić te życzenia lub ograniczenia tutaj).* Polecam mojemu przedstawicielowi ds. opieki zdrowotnej, aby podejmował decyzje dotyczące opieki zdrowotnej zgodnie z poniższymi ograniczeniami i/lub instrukcjami *(załączyć dodatkowe strony w miarę potrzeby):*

_____

_____

Aby Państwa przedstawiciel mógł podejmować decyzje w sprawie opieki zdrowotnej dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania *(żywienia i wody podawanych przez zgłębnik do karmienia i infuzję dożylną),* Państwa przedstawiciel musi znać Państwa życzenia. Mogą Państwo powiedzieć swojemu przedstawicielowi, jakie są Państwa życzenia, lub wpisać je w tej sekcji. Prosimy zapoznać się z instrukcjami dotyczącymi przykładowych sformułowań, z których można skorzystać, jeśli chcieliby Państwo uwzględnić swoje życzenia w tym formularzu, w tym życzenia dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania.

(5) Państwa tożsamość *(drukowanymi literami)*

Państwa imię i nazwisko _____

Państwa podpis _____ Data _____

Państwa adres _____

(6) Opcjonalnie: dawstwo narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek

Niniejszym przekazuję anatomiczny dar, ze skutkiem w chwili mojej śmierci, w postaci:
(zaznaczyć wszystkie pasujące opcje)

☐ wszelkie potrzebne narządy, tkanki oczne i/lub inne tkanki

☐ następujące narządy, tkanki oczne i/lub inne tkanki _____

_____

Ograniczenia _____

Jeśli nie określą Państwo swoich życzeń lub instrukcji dotyczących narządów, tkanki ocznej i/lub innych tkanek w tym formularzu, nie będzie to oznaczać, że nie chcą Państwo dokonać dawstwa lub uniemożliwić osobie upoważnionej na podstawie przepisów prawa do wyrażenia zgody na dawstwo w Państwa imieniu.

Państwa podpis _____ Data _____

(7) Oświadczenie świadków *(Świadkowie muszą mieć co najmniej 18 lat i nie mogą być przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej lub alternatywnym przedstawicielem).*

Oświadczam, że osoba, która podpisała ten dokument, jest mi osobiście znana i wydaje się zdrowa na umyśle oraz działać z własnej woli. Osoba ta podpisała (lub poprosiła o podpisanie w jego lub jej imieniu) tego dokumentu w mojej obecności.

Świadek nr 1

Data _____

Imię i nazwisko *(drukowanymi literami)* _____

Podpis _____

Adres _____

_____

Świadek nr 2

Data _____

Imię i nazwisko *(drukowanymi literami)* _____

Podpis _____

Adres _____

_____