

PEŁNOMOCNICTWO W ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ

TO PEŁNOMOCNICTWO UNIEWAŻNIA WSZYSTKIE POPRZEDNIE PEŁNOMOCNICTWA W
ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ.

(Aby niniejszy dokument był ważny, musi go podpisać Pan(i) oraz świadek.)

Moje imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Mój adres: _____

CHCĘ, ABY MOIM PEŁNOMOCNIKIEM W ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ BYŁ(A)

(Pełnomocnik to osobisty przedstawiciel wg prawa stanowego i federalnego):

(Imię i nazwisko pełnomocnika) _____

(Adres pełnomocnika) _____

(Numer telefonu pełnomocnika) _____

(Prosimy zaznaczyć odpowiednie kwadraty) Jeśli trzeba będzie wyznaczyć mojego opiekuna, mianuję nim pełnomocnika działającego na podstawie niniejszego pełnomocnictwa.

NASTĘPCY PEŁNOMOCNIKA (opcjonalne):

Jeśli pełnomocnik, którego wybrałem/am nie może lub nie chce podejmować za mnie decyzji dotyczących opieki medycznej, proszę, aby następcami pełnomocnika w zakresie opieki medycznej zostały osoby wymienione poniżej. Jednocześnie jako pełnomocnik może działać tylko jedna osoba (aby dodać więcej nazwisk następców pełnomocnika, prosimy dodać kolejną stronę):

(Imię i nazwisko, adres i numer telefonu następcy pełnomocnika nr 1)

(Imię i nazwisko, adres i numer telefonu następcy pełnomocnika nr 2)

MÓJ PEŁNOMOCNIK MOŻE PODEJMOWAĆ ZA MNIE DECYZJE DOTYCZĄCE OPIEKI MEDYCZNEJ, W TYM:

- (i) Podejmować decyzje o przyjęciu, zaprzestaniu lub odmowie leczenia moich dowolnych przypadłości fizycznych lub umysłowych, w tym decyzje o życiu lub śmierci.
- (ii) Wrażać zgodę na przyjęcie lub wypisanie mnie z dowolnego szpitala, domu lub innej instytucji, w tym placówki zdrowia psychicznego.
- (iii) Uzyskać pełen dostęp do mojej historii choroby i historii zdrowia psychicznego i udostępniać je w razie potrzeby innym osobom, w tym po mojej śmierci.
- (iv) Podejmować decyzje o wykonaniu planów, które już sporządziłem/am lub, jeśli tego nie zrobiłem/am, decyzje dotyczące mojego ciała lub zwłok, w tym o dawstwie organów, tkanek lub całego ciała, autopsji, kremacji i pochówku.

Powyższe pełnomocnictwo powinno być jak najszersze, aby mój pełnomocnik mógł podejmować za mnie decyzje dotyczące otrzymania lub zakończenia wszelkiego rodzaju opieki medycznej, w tym wstrzymania karmienia, podawania wody albo innych form podtrzymania.

UPOWAŻNIAM PEŁNOMOCNIKA DO (prosimy zaznaczyć jeden z poniższych kwadratów):

- Podejmowania decyzji w moim imieniu tylko wówczas, gdy nie mogę podjąć ich samodzielnie. Zajmujący się mną lekarze orzekną, czy mam taką możliwość.

(Jeśli nie zostanie zaznaczony żaden inny kwadrat, uznaje się, że wiążący jest powyższy punkt.)

LUB

- Podejmowania decyzji w moim imieniu tylko wówczas, gdy nie mogę podjąć ich samodzielnie. Zajmujący się mną lekarze orzekną, czy mam taką możliwość. Od tej chwili mój pełnomocnik, w ramach wspierania mnie w przeprowadzaniu planów i podejmowaniu decyzji dotyczących opieki medycznej, ma pełny dostęp do mojej historii choroby i historii zdrowia psychicznego, jest upoważniony do udostępniania ich innym osobom w razie potrzeby, a także ma możliwość kontaktowania się z moim osobistym lekarzem/moimi osobistymi lekarzami i innymi dostawcami usług medycznych, w tym możliwość zażądania opinii mojego lekarza dotyczącej tego, czy jestem w stanie samodzielnie podejmować decyzje. **LUB**

- Podejmowania decyzji w moim imieniu od chwili obecnej i wówczas, gdy nie będę już mógł/mogła podejmować ich samodzielnie.

Gdy jestem w stanie samodzielnie podjąć decyzję, mogę to zrobić, jeśli zechcę.

Szczególnie ważna jest kwestia podtrzymywania życia. Podtrzymywanie życia może obejmować karmienie przez sondę, zastosowanie respiratorów oraz resuscytację krążeniowo-oddechową. Ogólnie przy podejmowaniu decyzji dotyczących podtrzymywania życia pełnomocnikowi zaleca się wzięcie pod uwagę ulżenia w cierpieniu, zarówno jakości oraz możliwości przedłużenia życia, a także uprzednio wyrażonych życzeń. Podejmując decyzje w Pana/i imieniu, pełnomocnik rozważy korzyści i obciążenia wynikające z proponowanych form leczenia.

Dodatkowe oświadczenia dotyczące wstrzymania lub zaprzestania procedur podtrzymywania życia opisane są poniżej. Mogą one posłużyć jako przewodnik dla pełnomocnika podczas podejmowania decyzji. W razie pytań dotyczących tych oświadczeń prosimy zwrócić się do lekarza lub dostawcy usług medycznych.

PROSIMY WYBRAĆ JEDNO Z PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ, KTÓRE NAJLEPIEJ ODDAJE PANA/I ŻYCZENIA (opcjonalne):

- Jakość mojego życia jest ważniejsza niż jego długość. Jeśli jestem nieprzytomny/a, a mój lekarz prowadzący w zgodzie z rozsądnymi standardami medycznymi wierzy, że się nie obudzę i nie odzyskam umiejętności myślenia, komunikowania się z rodziną i przyjaciółmi oraz doświadczenia otoczenia, nie chcę być poddawany/a zabiegom przedłużającym życie lub opóźniającym śmierć, ale chcę być poddawany/a zabiegom, które zapewnią mi komfort i uwolnią mnie od bólu.
- Przeżycie jest dla mnie ważniejsze, niezależnie od tego, jak bardzo jestem chory/a, jak bardzo cierpię, jak dużo kosztują zabiegi i jak niskie są moje szanse na wyzdrowienie. Chcę, aby moje życie było przedłużane w największym możliwym stopniu w zgodzie z rozsądnymi standardami medycznymi.

SZCZEGÓLNE OGRANICZENIA MOŻLIWOŚCI PODEJMOWANIA DECYZJI PRZEZ PEŁNOMOCNIKA:

Powyższe pełnomocnictwo powinno być jak najszersze, aby Pana/i pełnomocnik mógł podejmować za Pana/ią decyzje dotyczące otrzymania lub zakończenia wszelkiego rodzaju opieki medycznej. W przypadku, gdy zapragnie Pan(i) ograniczyć zakres pełnomocnictwa swojego pełnomocnika lub jeśli zapragnie Pan(i) zalecić szczególne zasady bądź zechce ograniczyć pełnomocnictwo co do zgody na autopsję bądź postępowania ze zwłokami, można to uczynić w dalszych częściach.

Mój podpis: _____

Dzisiejsza data: _____

ŚWIADEK MUSI ZGODZIĆ SIĘ Z TYM, CO NASTĘPUJE, A NASTĘPNIE UZUPEŁNIĆ PODPISY:

Mam co najmniej 18 lat. *(Prosimy zaznaczyć jedną z poniższych opcji):*

- Widziałem/am, jak mocodawca podpisywał ten dokument **LUB**
- Mocodawca powiedział mi, że podpis lub znak postawiony w miejscu podpisu mocodawcy należy do niego/niej.

Nie jestem pełnomocnikiem ani następcą pełnomocnika wymienionym w tym dokumencie. Z mocodawcą, pełnomocnikiem ani następcą/ami pełnomocnika nie łączy mnie pokrewieństwo, powinowactwo, małżeństwo ani przysposobienie. Nie jestem lekarzem, pielęgniarką, stomatologiem, podiatrą, optometrystą, psychologiem mocodawcy ani krewnym żadnego z nich. Nie jestem właścicielem ani zarządcą (ani krewnym żadnego z nich) placówki medycznej, której mocodawca jest pacjentem lub mieszkańcem.

Imię i nazwisko świadka drukowanymi literami: _____

Adres świadka: _____

Podpis świadka: _____

Dzisiejsza data: _____