

Prokurë për kujdesin shëndetësor



Caktimi i përfaqësuesit tuaj për kujdesin shëndetësor në shtetin e Nju Jorkut

Ligji i prokurës për kujdesin shëndetësor në Nju Jork ju lejon që të caktoni një person të besuar — për shembull, një anëtar të familjes, partner të së njëjtës gjini or mik të afërt — për të marrë vendime për kujdesin shëndetësor për ju nëse humbni aftësinë për të marrë vetë vendime. Duke caktuar një përfaqësues për kujdesin shëndetësor, mund të siguroheni që ofruesit e kujdesit shëndetësor do të ndjekin dëshirat tuaja. Përfaqësuesi juaj mund të vendosë gjithashtu për zbatimin e dëshirave tuaja kur ndryshon gjendja juaj shëndetësore. Spitalet, doktorët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor duhet të ndjekin vendimet e përfaqësuesit tuaj, njëlloj si të ishin vendimet tuaja. Personit që zgjidhni si përfaqësues për kujdesin shëndetësor mund t'i jepni pak ose shumë kompetenca, sipas dëshirës tuaj. Mund ta lejoni përfaqësuesin tuaj që të marrë të gjitha vendimet për kujdesin shëndetësor ose vetëm disa vendime të caktuara. Mund t'i jepni po ashtu përfaqësuesit tuaj udhëzimet që ai ose ajo duhet të ndjekë. Ky formular mund të përdoret gjithashtu për të dokumentuar dëshirat ose udhëzimet tuaja në lidhje me dhurimin e organeve dhe/ose indeve.

Mbi formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor

Ky është një dokument i rëndësishëm ligjor. Para se ta nënshkruani, duhet të kuptoni faktet e mëposhtme:

1. Ky formular i jep personit që zgjidhni si përfaqësuesin tuaj kompetencat për të marrë të gjitha vendimet për kujdesin shëndetësor për ju, duke përfshirë vendimin për të hequr ose ofruar trajtime jetësore, nëse nuk deklaroni ndryshe në këtë formular. “Kujdes shëndetësor” do të thotë çdo trajtim, shërbim ose procedurë për të diagnostikuar ose trajtuar gjendjen tuaj fizike ose mendore.
2. Përveçse kur përfaqësuesi juaj logjikisht i një dëshirat tuaja për të ushqyerit dhe hidratimin artificial (ushqimet dhe ujin e dhënë me një tub ushqimi ose në mënyrë intravenoze), ai ose ajo nuk do të lejohet që t’i refuzojë ose t’i pranojë këto masa për ju.
3. Përfaqësuesi juaj do të fillojë të marrë vendime për ju kur doktori të përcaktojë se ju nuk jeni të aftë të merrni vetë vendime për veten tuaj.
4. Në këtë formular mund të shkruani shembuj të llojeve të trajtimeve që nuk i dëshironi dhe/ose ato trajtime që dëshironi të siguroheni që do t’i merrni. Udhëzimet mund të përdoren për të kufizuar fuqinë vendimmarrëse të përfaqësuesit. Përfaqësuesi juaj duhet të ndjekë udhëzimet tuaja kur merr vendime për ju.
5. Nuk ju duhet një avokat për të plotësuar këtë formular.
6. Mund të zgjidhni çdo të rritur (të moshës 18 vjeç e sipër), përfshirë një anëtar të familjes, partner të së njëjtës gjini ose mik të afërt për të qënë përfaqësuesi juaj. Nëse zgjidhni një doktor si përfaqësuesin tuaj, ai ose ajo do të duhet të zgjedhë mes pozicionit të përfaqësuesit ose të doktorit tuaj kujdestar, pasi një doktor nuk mund të jetë në të dyja rolet në të njëjtën kohë. Po ashtu, nëse jeni një pacient ose rezident në një spital, azil ose institucion të shëndetit mendor, ka disa kufizime të veçanta nëse do të caktoni një person që punon në atë institucion si përfaqësuesin tuaj. Pyesni

personelin nëinstitucionin përkatës për t’ju shpjeguar këto kufizime.

7. Para se të caktoni dikë si përfaqësuesin tuaj për kujdesin shëndetësor, diskutojeni këtë çështje me të për t’u siguruar që ai ose ajo është i gatshëm të veprojë si përfaqësuesi juaj. Tregojini personit që keni zgjedhur se ai ose ajo do të jetë përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor. Diskutoni për dëshirat tuaja për kujdesin shëndetësor dhe për këtë formular me përfaqësuesin tuaj. Sigurohuni që t’i jepni atij ose asaj një kopje të nënshkruar. Përfaqësuesi juaj nuk mund të paditet për vendimet për kujdesin shëndetësor të bëra në mirëbesim.
8. Nëse keni caktuar bashkëshortin(en) tuaj si përfaqësues për kujdesin shëndetësor dhe më pas divorcoheni ose ndaheni ligjërisht, ish-bashkëshorti(ja) juaj nuk mund të jetë më përfaqësuesi juaj sipas ligjit, nëse ju nuk deklaroni ndryshe. Nëse dëshironi që ish-bashkëshorti(ja) të vazhdojë të jetë përfaqësuesi juaj, mund ta vendosni këtë shënim në formularin aktual dhe të shënoni datën, ose mund të plotësoni një formular të ri për të caktuar ish-bashkëshortin(en) tuaj.
9. Megjithëse e keni nënshkruar këtë formular, ju keni të drejtën të merrni vetë vendime për kujdesin shëndetësor për veten tuaj për sa kohë që jeni në gjendje dhe trajtimi nuk mund t’ju jepet ose të ndalohet nëse ju kundërshtoni, dhe përfaqësuesi juaj nuk do të ketë kompetenca për të kundërshtuar.
10. Ju mund t’i anuloni kompetencat e dhëna përfaqësuesit tuaj duke i thënë atij ose asaj ose ofruesit tuaj të kujdesit shëndetësor me gojë ose me shkrim.
11. Caktimi i një përfaqësuesi për kujdesin shëndetësor është vullnetar. Askush nuk mund t’ju kërkojë të caktoni një person.
12. Në këtë formular mund të shprehni dëshirat ose udhëzimet tuaja në lidhje me dhurimin e organeve dhe/ose indeve.

Pyetjet më të shpeshta

Pse duhet të zgjedh një përfaqësues për kujdesin shëndetësor?

Nëse nuk do të keni mundësinë, qoftë edhe përkohësisht, për të marrë vendime për kujdesin shëndetësor, dikush tjetër duhet të vendosë për ju. Ofruesit e kujdesit shëndetësor shpesh kërkojnë udhëzime nga anëtarët e familjes. Anëtarët e familjes mund të shprehin mendimin e tyre për dëshirat tuaja në lidhje me një trajtim të veçantë. Caktimi i një përfaqësuesi ju lejon që të kontrolloni trajtimin tuaj mjekësor:

- duke i lejuar përfaqësuesit tuaj që të marrë vendime për kujdesin shëndetësor në emrin tuaj siç do të vendosnit ju.;
- duke zgjedhur një person që të marrë vendime për kujdesin shëndetësor sepse mendoni se ai person do të merrte vendimet më të mira;
- duke zgjedhur një person për të shmangur konfliktin ose konfuzionin mes anëtarëve të familjes dhe/ose partnerit tuaj.

Mund të caktoni gjithashtu një përfaqësues alternativ si zëvendësues në rast se personi i parë i zgjedhur nuk mund të marrë vendime për .

Kush mund të jetë një përfaqësues për kujdesin shëndetësor?

Çdo person 18 vjeç e sipër mund të jetë përfaqësues për kujdesin shëndetësor. Personi që po caktoni si përfaqësues ose si përfaqësues alternativ nuk mund të nënshkruajë si dëshmitar në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor.

Si e caktoj një përfaqësues për kujdesin shëndetësor?

Të gjithë personat e rritur kompetentë, 18 vjeç e sipër, mund të caktojnë një përfaqësues të kujdesit shëndetësor duke nënshkruar një formular të quajtur “prokurë për kujdesin shëndetësor”. Nuk ju duhet një avokat ose noter, thjesht dy dëshmitarë në moshë madhore. Përfaqësuesi juaj nuk mund të nënshkruajë si dëshmitar. Mund të përdorni formularin e printuar këtu, por nuk jeni të detyruar të përdorni këtë formular.

Kur do të fillojë të marrë vendime për mua përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor?

Përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor do të fillojë të marrë vendime për kujdesin shëndetësor pasi doktori juaj të vendosë se ju nuk mund të merrni vetë vendime për kujdesin tuaj shëndetësor. Për sa kohë që jeni të aftë të merrni vetë vendime për kujdesin shëndetësor, ju keni të drejtën ta bëni këtë.

Çfarë vendimesh mund të marrë përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor?

Përveçse kur i kufizoni kompetencat e përfaqësuesit tuaj për kujdesin shëndetësor, përfaqësuesi juaj do të mund të marrë çdo vendim për kujdesin shëndetësor që mund ta kishit marrë ju nëse do të mund të vendosnit vetë. Përfaqësuesi juaj mund të pranojë se duhet të merrni trajtime, të zgjedhë mes trajtimeve të ndryshme dhe të vendosë për mosdhënien e trajtimeve në përputhje me dëshirat dhe interesat tuaja. Sidoqoftë, përfaqësuesi juaj mund të marrë vendime për të ushqyerit dhe hidratimin tuaj artificial (ushqimet dhe ujin e dhënë me një tub ushqimi ose në mënyrë intravenoze) vetëm nëse ai ose ajo i njeh dëshirat tuaja nga ato që keni thënë ose keni shkruar. Formulari i prokurës për kujdesin shëndetësor nuk i jep përfaqësuesit tuaj kompetenca për të marrë vendime për ju që s’kanë lidhje me shëndetin, si p.sh. vendime financiare.

Pse duhet të caktoj një përfaqësues për kujdesin shëndetësor nëse jam i ri dhe i shëndetshëm?

Caktimi i një përfaqësuesi për kujdesin shëndetësor është një ide e mirë edhe nëse nuk jeni të moshuar ose me sëmundje vdekjeprurëse. Një përfaqësues për kujdesin shëndetësor mund të veprojë në emrin tuaj edhe nëse përkohësisht nuk mund të merrni vetë vendime për kujdesin shëndetësor (siç mund të ndodhë nëse jeni nën anestezi të përgjithshme ose jeni në komë për shkak të një aksidenti). Kur ju të keni mundësi përsëri të merrni vetë vendime për kujdesin shëndetësor, përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor nuk do të jetë më i autorizuar të veprojë.

Si do të marrë vendime përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor?

Përfaqësuesi juaj duhet të ndjekë dëshirat tuaja, si dhe bindjet tuaja morale dhe fetare. Mund të shkruani udhëzime në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor ose thjesht t’i diskutoni këto me përfaqësuesin tuaj.

Si do t’i dijë dëshirat e mia përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor?

Një bisedë e hapur dhe e sinqertë me përfaqësuesin tuaj për dëshirat tuaja do të bëjë që ai ose ajo të dijë më mirë se si t’i shërbejë interesave tuaja. Nëse përfaqësuesi juaj nuk i di dëshirat ose bindjet tuaja, përfaqësuesi juaj ligjërisht duhet të veprojë sa më shumë në interesin tuaj. Meqenëse kjo është një përgjegjësi e madhe për personin që caktoni si përfaqësuesin tuaj për kujdesin shëndetësor, duhet të diskutoni me të për llojet e trajtimeve që do të donit ose jo në rrethana të ndryshme, si:

Pyetjet më të shpeshta, vazhdon

- nëse dëshironi që pajisjet për mbajtjen në jetë të fillojnë të përdoren/të vazhdojnë të përdoren/të hiqen nëse jeni në koma permanente.;
- nëse dëshironi që t'i fillojnë/t'i vazhdojnë/t'i heqin trajtimet nëse keni një sëmundje vdekjeprurëse.;
- nëse dëshironi që të ushqyerit dhe hidratimi artificial të fillohet/të refuzohet/të vazhdohet ose të ndalohet dhe në çfarë rrethanash.

A mund t'i anulohet dëshirat ose udhëzimet e mëparshme për trajtimet e mia përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor?

Jo. Përfaqësuesi juaj është i detyruar të marrë vendime bazuar në dëshirat tuaja. Nëse keni shprehur qartë dëshira të veçanta ose keni dhënë udhëzime të veçanta për trajtimin, përfaqësuesi juaj ka detyrë të ndjekë dëshirat ose udhëzimet tuaja, përveçse kur ai ose ajo ka arsye të besojë me mirëbesim se dëshirat tuaja kanë ndryshuar ose nuk gjejnë zbatim në ato rrethana.

Kush do ta ketë parasysh përfaqësuesin tim?

Të gjitha spitalet, azilet, doktorët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor janë të detyruar ligjërisht që t'i japin përfaqësuesit tuaj për kujdesin shëndetësor të njëjtat informacione që do t'ju jepeshin juve si dhe të respektojnë vendimet e përfaqësuesit tuaj si të ishin vendimet tuaja. Nëse një spital ose azil kundërshton disa opsione trajtimi (si p.sh. heqja e trajtimeve të caktuara), ata duhet t'ju informojnë ju ose përfaqësuesin tuaj PARA ose gjatë shtrimit tuaj, nëse është logjikisht e mundur.

Po nëse përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor nuk është i disponueshëm kur merren vendimet?

Mund të caktoni një përfaqësues alternativ që të vendosë për ju nëse përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor nuk është i disponueshëm, nuk ka mundësi ose nuk dëshiron të veprojë kur duhen marrë vendime. Në rast të kundërt, ofruesit e kujdesit shëndetësor do të marrin vendime për ju sipas udhëzimeve që keni dhënë kur keni pasur mundësi. Udhëzimet që shkruani në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor do t'i orientojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor në rrethana të tilla.

Po nëse ndërrojmë mendje?

Është e lehtë ta anuloni prokurën për kujdesin shëndetësor, të ndryshoni personin që keni zgjedhur si përfaqësues për kujdesin shëndetësor ose të ndryshoni udhëzimet ose kufizimet që keni përfshirë në formular. Thjesht plotësoni një formular të ri. Përveç kësaj, mund të përcaktoni që prokura për kujdesin shëndetësor skadon në një datë specifike ose nëse ndodh një ngjarje e caktuar. Në rast të kundërt, prokura

për kujdesin shëndetësor do të jetë e vlefshme për një afat të pacaktuar.

Nëse zgjidhni bashkëshortin(en) si përfaqësues për kujdesin shëndetësor ose si alternativë dhe divorcoheni ose ndaheni ligjërisht, kjo zgjedhje do të anulohet automatikisht. Sidoqoftë, nëse dëshironi që ish-bashkëshorti(ja) të vazhdojë të jetë përfaqësuesi juaj, mund ta vendosni këtë shënim në formularin aktual dhe të shënoni datën, ose mund të plotësoni një formular të ri për të caktuar ish-bashkëshortin(en) tuaj.

A mund të jetë ligjërisht përgjegjës përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor për vendimet e marra në emrin tim?

Jo. Përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor nuk do të jetë përgjegjës për vendimet për kujdesin shëndetësor të marra në mirëbesim në emrin tuaj. Po ashtu, ai ose ajo nuk mund të jenë përgjegjës për kostot e kujdesit tuaj, thjesht sepse ai ose ajo është përfaqësuesi juaj.

A është prokura për kujdesin shëndetësor e njëjtë me testamentin për shërbimet shëndetësore?

Jo. Testamenti për shërbimet shëndetësore është një dokument që jep udhëzime specifike për vendimet për kujdesin shëndetësor. Ju mund të vendosni udhëzime të tilla në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor. Prokura për kujdesin shëndetësor ju lejon që të zgjidhni një person të besuar që të marrë vendime për kujdesin shëndetësor në emrin tuaj. Ndryshe nga një testament për shërbimet shëndetësore, një prokurë për kujdesin shëndetësor nuk kërkon që t'i dini paraprakisht të gjitha vendimet që mund të merren. Në vend të kësaj, përfaqësuesi për kujdesin shëndetësor mund t'i interpretojë dëshirat tuaja sipas rrethanave mjekësore dhe mund të marrë vendime që nuk parashikohej se do të merreshin.

Ku duhet ta mbaj formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor pasi ta nënshkruaj?

Jepini një kopje të tij përfaqësuesit tuaj, doktorit, avokatit dhe çdo anëtar tjetër të familjes ose miqve të afërt që dëshironi. Mban një kopje në portofol ose bashkë me dokumentet e tjera të rëndësishme, por jo në një vend ku nuk mund ta gjejë askush, si p.sh. në kasafortë. Merrni një kopje me vete nëse shtroheni në spital edhe për operacione të vogla kirurgjikale, ose nëse kryeni operacione pa u shtruar në spital.

Pyetjet më të shpeshta, vazhdon

A mund ta përdor formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor për të shprehur dëshirat e mia për dhurimin e organeve dhe/ose të indeve?

Po. Përdorni paragrafin opsional për dhurimin e organeve dhe të indeve në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor dhe sigurohuni që për këtë paragraf të keni dëshmitarë dy persona. Mund të specifikoni që organet dhe/ose indet tuaja të përdoren për transplant, kërkime shkencore ose për qëllime edukative. Çdo kufizim në lidhje me dëshirat tuaja duhet të shënohet në këtë paragraf të prokurës. **Nëse nuk i vendosni dëshirat dhe udhëzimet tuaja në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor, nuk do të thotë se nuk dëshironi të jeni një dhurues organesh dhe/ose indesh.**

A mund të marrë përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor vendime për mua për dhurimin e organeve dhe/ose indeve?

Po. Nga data 26 gusht 2009, përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor është i autorizuar të marrë vendime pas vdekjes suaj, por vetëm në lidhje me dhurimin e organeve dhe/ose indeve. Përfaqësuesi juaj për kujdesin shëndetësor duhet t'i marrë vendimet sipas deklarimeve në formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor.

Kush mund ta japë pëlqimin për dhurimin nëse nuk i shpreh tani dëshirat e mia?

Është e rëndësishme që t'ia shprehni dëshirat tuaja për dhurimin e organeve dhe/ose indeve përfaqësuesit tuaj për kujdesin shëndetësor, personit të caktuar si përfaqësues pas vdekjes (nëse ka) dhe anëtarëve të familjes suaj. Ligji në Nju Jork siguron një listë të individëve që janë të autorizuar të japin pëlqimin për dhurimin e organeve dhe/ose indeve në emrin tuaj. Ata janë të renditur sipas përparësisë që kanë: përfaqësuesi i kujdesit shëndetësor, përfaqësuesi pas vdekjes, bashkëshorti(ja), nëse nuk jeni ligjërish të ndarë, ose partneri(ja) juaj i regjistruar, i biri ose e bija 18 vjeç e sipër, njëri nga prindërit, vëllai ose motra 18 vjeç e sipër ose një kujdestar i caktuar nga gjykata para vdekjes së dhuruesit.

Udhëzimet për formularin e prokurës për kujdesin shëndetësor

Pika (1)

Shkruani emrin, adresën e shtëpisë dhe numrin e telefonit të personit që zgjidhni si përfaqësuesin tuaj.

Pika (2)

Nëse dëshironi të caktoni një përfaqësues alternativ, shkruani emrin, adresën e shtëpisë dhe numrin e telefonit të personit që zgjidhni si përfaqësuesin tuaj alternativ.

Pika (3)

Prokura për kujdesin shëndetësor do të jetë e vlefshme për një afat të pacaktuar nëse nuk caktoni një datë skadimi ose një kusht për skadimin e saj. Ky paragraf është opsional dhe duhet të plotësohet vetëm nëse dëshironi që prokura për kujdesin shëndetësor të skadojë.

Pika (4)

Nëse keni udhëzime të veçanta për përfaqësuesin tuaj, shkruajini këtu. Po ashtu, nëse dëshironi që të kufizoni në ndonjë mënyrë kompetencat e përfaqësuesit tuaj, mund t'i shkruani këtu ose t'i diskutoni me përfaqësuesin për kujdesin shëndetësor. Nëse nuk deklaroni ndonjë kufizim, përfaqësuesi juaj do të lejohet që të marrë të gjitha vendimet që mund t'i merrnit ju, duke përfshirë edhe vendimin për të pranuar ose refuzuar trajtime jetësore.

Nëse dëshironi t'i jepni përfaqësuesit tuaj kompetenca të gjera, këtë mund ta bëni pikërisht në formular.

Thjesht shkruani:

I kam diskutuar dëshirat e mia me përfaqësuesin tim dhe përfaqësuesin alternativ për kujdesin shëndetësor dhe ata i dinë dëshirat e mia, duke përfshirë dëshirat për të ushqyerit dhe hidratimin artificial.

Nëse dëshironi të jepni udhëzime më specifike, mund të shpreheni:

Nëse do të kem një sëmundje vdekjeprurëse, dua/nuk dua të marr trajtimet e mëposhtme...

Nëse jam në koma ose mund të kuptoj shumë pak, pa shpresa për rikuperim, atëherë dua/nuk dua trajtimet e mëposhtme...

Nëse kam dëmtime në tru ose një sëmundje në tru që nuk më lejon të njoh njerëzit ose të flas dhe nuk ka shpresa se gjendja ime do të përmirësohet, dua/nuk dua trajtimet e mëposhtme...

I kam diskutuar me përfaqësuesin tim dëshirat e mia për _____ dhe dëshiroj që përfaqësuesi im të marrë të gjitha vendimet për masa të tilla.

Më poshtë janë renditur shembujt e trajtimeve mjekësore për të cilat mund të dëshironi t'i jepni udhëzime të veçanta përfaqësuesit tuaj. Kjo nuk është një listë e plotë:

- frymëmarrja artificiale
- të ushqyerit dhe hidratimi artificial (ushqimet dhe uji i dhënë me një tub ushqimi)
- reanimacioni kardiopulmonar (CPR)
- mjekimet antipsikotike
- terapia me elektroshok
- antibiotikët
- procedurat kirurgjikale
- dializa
- transplantit
- transfuzionet e gjakut
- aborti
- sterilizimi

Pika (5)

Duhet të shënoni datën dhe ta nënshkruani këtë formular të prokurës për kujdesin shëndetësor. Nëse nuk mund ta nënshkruani vetë, mund të udhëzoni dikë tjetër ta nënshkruajë në praninë tuaj. Sigurohuni që të shënoni edhe adresën tuaj.

Pika (6)

Në këtë formular mund të shprehni dëshirat ose udhëzimet tuaja për dhurimin e organeve dhe/ose indeve. Ligji në Nju Jork parashikon individë të caktuar në renditje sipas përparësisë që mund të japin pëlqimin për dhurimin e organeve dhe/ose indeve në emrin tuaj. Përfaqësuesi i kujdesit shëndetësor, përfaqësuesi pas vdekjes, bashkëshorti(ja), nëse nuk jeni ligjërisht të ndarë, ose partneri(ja) juaj i regjistruar, i biri ose e bija 18 vjeç e sipër, njëri nga prindërit, vëllai ose motra 18 vjeç e sipër, një kujdestar i caktuar nga gjykata para vdekjes së dhuruesit.

Pika (7)

Ky formular i prokurës për kujdesin shëndetësor duhet të nënshkruhet nga dy dëshmitarë të moshës 18 vjeç e sipër. Personi që caktohet si përfaqësuesi ose përfaqësuesi juaj alternativ nuk mund të nënshkruajë si dëshmitar.

Prokurë për kujdesin shëndetësor

- (1) Unë, _____
me anë të këtij dokumenti cakt _____
(emri, adresa e shtëpisë dhe numri i telefonit)

si përfaqësuesin tim për kujdesin shëndetësor për marrjen e të gjitha vendimeve për kujdesin shëndetësor për mua, përveç nga sa deklaroj ndryshe. Kjo prokurë do të jetë e vlefshme vetëm kur dhe nëse unë nuk do të jem i aftë të marr vetë vendimet për kujdesin tim shëndetësor.

(2) **Opsionale: Përfaqësuesi alternativ**

Nëse personi që caktoj nuk ka mundësi, nuk është i gatshëm ose nuk është i disponueshëm të veprojë si përfaqësuesi im për kujdesin shëndetësor, me anë të këtij dokumenti caktoj _____

(emri, adresa e shtëpisë dhe numri i telefonit)

si përfaqësuesin tim për kujdesin shëndetësor për marrjen e të gjitha vendimeve për kujdesin shëndetësor për mua, përveç nga sa deklaroj ndryshe.

- (3) Nëse nuk e anuloj ose nuk deklaroj një datë skadimi ose rrethanat e caktuara kur ajo skadon, kjo prokurë do të jetë e vlefshme me një afat të pacaktuar. (Opsionale: Nëse dëshironi që kjo prokurë të skadojë, caktoni datën ose kushtet këtu.) Kjo prokurë do të skadojë (specifikoni datën ose kushtet):
- (4) **Opsionale:** Unë udhëzoj përfaqësuesin tim për kujdesin shëndetësor që të marrë vendime për kujdesin shëndetësor sipas dëshirave dhe kufizimeve të mia, siç dihen nga ai ose ajo dhe siç janë shprehur më poshtë. (Nëse dëshironi që të kufizoni kompetencat e përfaqësuesit tuaj për të marrë vendime për kujdesin shëndetësor për ju ose që të jepni udhëzime specifike, mund t'i deklaroni dëshirat ose kufizimet tuaja këtu.) Unë e udhëzoj përfaqësuesin tim për kujdesin shëndetësor që të marrë vendime për kujdesin shëndetësor në përputhje me kufizimet dhe/ose udhëzimet e mëposhtme (bashkëlidhni faqe të tjera sipas nevojës): _____

Në mënyrë që përfaqësuesi juaj të marrë vendime për kujdesin tuaj shëndetësor për të ushqyerit dhe hidratimin artificial (ushqimet dhe ujin e dhënë me një tub ushqimi ose në mënyrë intravenoze) përfaqësuesi juaj duhet të njohë logjikisht dëshirat tuaja. Mund t'i thoni përfaqësuesit tuaj se cilat janë dëshirat tuaja ose t'i përfshini ato në këtë paragraf. Shikoni udhëzimet për shembujt që mund të përdorni nëse vendosni t'i shënoni dëshirat tuaja në këtë formular, duke përfshirë dëshirat tuaja për të ushqyerit dhe hidratimin artificial.

(5) Të dhënat tuaja identifikuese (me shkrim të qartë)

Emri juaj _____

Nënshkrimi juaj _____ Data _____

Adresa juaj _____

(6) Opsionale: Dhurimi i organeve dhe/ose indeve

Për sa më poshtë, dëshiroj të bëj një dhurim anatomik, efektiv pas vdekjes time, të:
(zgjidhni të gjitha ato që janë të vlefshme)

Çdo organ dhe/ose ind të nevojshëm

Organet dhe/ose indet e mëposhtme _____

Kufizimet _____

Nëse nuk i deklaroni dëshirat ose udhëzimet tuaja për dhurimin e organeve dhe/ose indeve në këtë formular, kjo nuk do të thotë se nuk dëshironi të bëni një dhurim ose se e pengoni një person, që është i autorizuar nga ligji, që të japë pëlqimin për një dhurim në emrin tuaj.

Nënshkrimi juaj _____ Data _____

(7) Deklarata nga dëshmitarët (Dëshmitarët duhet të jenë 18 vjeç e sipër dhe nuk mund të jenë përfaqësuesi ose përfaqësuesi alternativ për kujdesin shëndetësor.)

Unë deklaroj se personi që e ka nënshkruar këtë dokument njihet personalisht nga unë, duket se është i aftë për të g jykuar dhe po vepron me vullnetin e tij ose të saj të lirë. Ai ose ajo e nënshkroi (ose kërkoi një person tjetër të nënshkruajë për të) këtë dokument në praninë time.

Data _____

Data _____

Emri i dëshmitarit 1
(me shkrim të qartë) _____

Emri i dëshmitarit 2
(me shkrim të qartë) _____

Nënshkrimi _____

Nënshkrimi _____

Adresa _____

Adresa _____



Department
of Health