



Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej

Wyznaczenie pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej w Stanie Nowy Jork

Prawo Stanu Nowy Jork dotyczące wyboru pełnomocnika w sprawach zdrowotnych pozwala na wyznaczenie osoby zaufanej, np. członka rodziny, partnera tej samej płci, bliskiego przyjaciela, do podejmowania decyzji w sprawach zdrowotnych w Państwa imieniu, jeżeli stracą Państwo zdolność do podejmowania takich decyzji samodzielnie. Wyznaczając pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej, pacjent zyskuje pewność, że świadczeniodawcy usług medycznych spełnią jego życzenia. Pełnomocnik może również zadecydować, w jaki sposób życzenia pacjenta będą realizowane w przypadku zmian stanu zdrowia. Szpitale, lekarze i inni świadczeniodawcy usług medycznych muszą przestrzegać decyzji pełnomocnika tak, jak gdyby były one decyzjami pacjenta. Pacjent może udzielić osobie wybranej na pełnomocnika upoważnienia w takim zakresie, jaki mu odpowiada. Może on zezwolić pełnomocnikowi na podejmowanie decyzji we wszystkich lub tylko w niektórych sprawach dotyczących opieki zdrowotnej, może również przekazać pełnomocnikowi instrukcje, które pełnomocnik musi wykonać. Niniejszy formularz może być także użyty do udokumentowania życzeń lub instrukcji pacjenta odnośnie oddania organów i/lub tkanki.

Informacje o formularzu wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej

Jest to ważny dokument prawny. Przed jego podpisaniem pacjent powinien uświadomić sobie następujące fakty:

1. Niniejszy formularz upoważnia osobę wybraną na pełnomocnika do podejmowania wszystkich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej pacjenta, łącznie z decyzją zaprzestania lub zapewnienia zabiegów podtrzymywania życia, o ile pacjent nie wprowadzi innych zastrzeżeń do formularza. „Opieka zdrowotna” oznacza każdy rodzaj leczenia, usługę lub zabieg wykonywany w celu diagnostycznym lub w celu leczenia choroby fizycznej lub umysłowej.
2. O ile pełnomocnik nie okaże, że zna życzenia pacjenta odnośnie sztucznego karmienia i nawodnienia (pokarm i woda dostarczane sondą żywieniową lub metodą dożylną), nie będzie on mógł wyrazić odmowy lub zgody na tego typu czynności.
3. Pełnomocnik rozpocznie podejmowanie decyzji w imieniu pacjenta, kiedy lekarz ustali, że sam pacjent nie jest zdolny do ich podejmowania.
4. Na formularzu pacjent może wpisać przykłady rodzajów leczenia, których nie chciałby, aby stosowano i/lub rodzajów leczenia, których stosowanie chciałby mieć zapewnione. Instrukcje mogą być wykorzystane do ograniczenia uprawnień decyzyjnych pełnomocnika. Podejmując decyzje w imieniu pacjenta, pełnomocnik musi przestrzegać instrukcji pacjenta.
5. Pacjent może wypełnić ten formularz bez pomocy adwokata.
6. Rolę Państwa pełnomocnika może pełnić osoba dorosła (tzn. osoba, która ukończyła 18 lat lub starsza), np. członek rodziny, partner tej samej płci lub bliski przyjaciel. Jeżeli pacjent wybierze lekarza na swojego pełnomocnika, lekarz będzie musiał wybrać rolę pełnomocnika lub lekarza, ponieważ nie będzie mógł pełnić obu funkcji jednocześnie. Ponadto, jeżeli dana osoba jest pacjentem lub przebywa w szpitalu, w domu opieki lub ośrodku zdrowia psychicznego, istnieją szczególne ograniczenia dotyczące wyznaczania na pełnomocnika kogoś, kto pracuje w takiej instytucji. Należy poprosić personel danej placówki o objaśnienie tych ograniczeń.
7. Przed wyznaczeniem danej osoby na pełnomocnika należy omówić z nią tę rolę, aby upewnić się, że jest ona chętna do działania w charakterze pełnomocnika. Należy poinformować tę osobę o wybraniu jej na pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej i omówić z nią swoje życzenia odnośnie opieki zdrowotnej, jak również niniejszy formularz. Pełnomocnikowi należy przekazać podpisaną kopię pełnomocnictwa. Pełnomocnika nie można pozwać do sądu za decyzje w zakresie opieki zdrowotnej podjęte w dobrej wierze.
8. Jeżeli pacjent/pacjentka wyznaczy na pełnomocnika swoją małżonkę/swojego małżonka, z którą/z którym następnie weźmie rozwód lub będzie w stanie prawnej separacji, prawo zastrzega, że była małżonka/były małżonek nie może nadal być pełnomocnikiem, o ile pacjent/pacjentka nie określi tego inaczej. Jeżeli pacjent/pacjentka chce, aby była małżonka pozostała/były małżonek pozostał pełnomocnikiem, może to być zaznaczone na aktualnym formularzu datowanym wpisem, bądź też należy wypełnić nowy formularz, wyznaczając byłą małżonkę/byłego małżonka na pełnomocnika.
9. Nawet jeżeli pacjent podpisze taki formularz, ma on prawo do podejmowania decyzji tak długo, jak długo jest do tego zdolny i leczenie nie może być stosowane lub wstrzymane, jeśli pacjent nie wyraża na to zgody, a pełnomocnik nie będzie mieć mocy decydowania inaczej.
10. Można cofnąć upoważnienie dane pełnomocnikowi, informując go lub świadczeniodawcę usług medycznych ustnie lub na piśmie.
11. Wyznaczenie pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej jest dobrowolne. Nikt nie może wymagać od pacjenta, aby wyznaczył swojego pełnomocnika.
12. Na tym formularzu można wyrazić swoje życzenia lub podać instrukcje dotyczące oddania organów i/lub tkanki.

Często zadawane pytania

Dlaczego należy wybrać pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej?

Jeżeli pacjent stanie się niezdolny, nawet tymczasowo, do podejmowania decyzji dotyczących sposobu leczenia, ktoś inny będzie musiał zdecydować za niego.

Świadczeniodawcy usług medycznych często oczekują wskazówek od członków rodziny. Członkowie rodziny mogą przekazać życzenia pacjenta co do konkretnego sposobu leczenia, tak jak oni je rozumieją. Wyznaczenie pełnomocnika umożliwi pacjentowi kontrolę nad sposobem leczenia przez:

- umożliwienie pełnomocnikowi podejmowania decyzji dotyczących sposobu leczenia w imieniu pacjenta zgodnie z jego życzeniem;
- wybór jednej osoby do podejmowania decyzji dotyczących sposobu leczenia, ponieważ pacjent uważa, że podjęłaby ona najlepsze decyzje;
- wybór jednej osoby w celu uniknięcia konfliktu lub dezorientacji wśród członków rodziny i/lub bliskich osób.

Można również wyznaczyć zastępczego pełnomocnika na wypadek, gdy pierwszy nie może podjąć decyzji w imieniu pacjenta.

Kto może być pełnomocnikiem w zakresie opieki zdrowotnej?

Pełnomocnikiem w zakresie opieki zdrowotnej może być dowolna osoba, która ukończyła 18. rok życia. Osoba wyznaczona jako pełnomocnik lub jego zastępca nie może złożyć podpisu jako świadek na formularzu wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej.

W jaki sposób wyznaczyć pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej?

Wszystkie kompetentne osoby dorosłe, które ukończyły 18. rok życia, mogą wyznaczyć pełnomocnika, podpisując formularz wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej. Nie jest do tego potrzebny prawnik lub notariusz; wystarczą dwaj dorośli świadkowie. Pełnomocnik nie może złożyć podpisu jako świadek. Pacjent może, lecz nie musi, wykorzystać formularz wydrukowany w niniejszym dokumencie.

Kiedy pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej zaczyna podejmować decyzje dotyczące sposobu leczenia w imieniu pacjenta?

Pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej zacznie podejmować decyzje dotyczące sposobu leczenia, kiedy lekarz zadecyduje, że pacjent nie jest zdolny do ich podejmowania. Do czasu, kiedy pacjent jest zdolny do podejmowania własnych decyzji, będzie mieć do tego prawo.

Jakie decyzje może podejmować pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej?

O ile pacjent nie ograniczy upoważnienia danego pełnomocnikowi, pełnomocnik będzie mógł podejmować wszelkie decyzje dotyczące sposobu leczenia, które podjąłby pacjent, gdyby był w stanie podejmować je samodzielnie. Pełnomocnik może wyrazić zgodę na leczenie, dokonać wyboru spośród różnych sposobów leczenia, a także zdecydować, że zabiegi nie powinny być przeprowadzone – zgodnie z życzeniem i interesem pacjenta. Jednakże pełnomocnik może podjąć decyzje odnośnie sztucznego karmienia i nawodnienia (pokarm i woda dostarczane za pomocą sondy żywieniowej lub metodą dożylną), jeżeli zna życzenia pacjenta na podstawie ustnych lub pisemnych informacji otrzymanych od niego. Formularz wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej nie daje pełnomocnikowi mocy podejmowania decyzji, które nie dotyczą sposobu leczenia, takich jak decyzje finansowe.

Dlaczego należy wyznaczać pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej, jeżeli pacjent jest młody i zdrowy?

Wyznaczenie pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej jest właściwe nawet, kiedy pacjent nie jest w podeszłym wieku lub jego choroba nie jest śmiertelna. Pełnomocnik taki może działać w imieniu pacjenta, jeżeli będzie on tymczasowo niezdolny do samodzielnego podejmowania decyzji odnośnie sposobu leczenia (jak na przykład w stanie ogólnego znieczulenia lub śpiączki z powodu wypadku). Kiedy pacjent wróci do stanu, w którym może samodzielnie podejmować decyzje odnośnie sposobu leczenia, pełnomocnik nie będzie miał mocy takiego działania.

W jaki sposób pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej będzie podejmować decyzje?

Pełnomocnik musi przestrzegać życzeń pacjenta, jak również jego przekonań moralnych i religijnych. Pacjent może wpisać instrukcje na formularzu wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej lub po prostu omówić je z pełnomocnikiem.

W jaki sposób pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej pozna życzenia pacjenta?

Otwarta i szczerza dyskusja z pełnomocnikiem na temat życzeń pacjenta zapewni mu dobrą orientację, jak służyć interesom pacjenta. Jeżeli pełnomocnik nie zna życzeń lub przekonań pacjenta, jest prawnie zobowiązany do działania w jego najlepszym interesie. Ponieważ jest to wielka odpowiedzialność dla osoby wyznaczonej na pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej, pacjent powinien przeprowadzić dyskusję z tą osobą na temat rodzajów leczenia, które chciałby lub nie chciałby wybrać w różnych okolicznościach, np.:

Często zadawane pytania, ciąg dalszy

- czy pacjent chciałby zainicjowania/kontynuowania/zaprzestania podtrzymywania funkcji życiowych w okolicznościach trwałej śpiączki;
- czy pacjent chciałby zainicjowania/kontynuowania/zaprzestania sposobów leczenia w przypadku nieuleczalnej choroby;
- czy pacjent chciałby zainicjowania/wstrzymania lub kontynuowania/zaprzestania sztucznego karmienia i nawadniania oraz w jakich okolicznościach.

Czy pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej może unieważnić życzenia lub wcześniejsze instrukcje pacjenta dotyczące sposobów leczenia?

Nie. Pełnomocnik jest zobowiązany do podejmowania decyzji zgodnych z życzeniem pacjenta. Jeżeli pacjent wyraził szczególne życzenia lub podał szczególne instrukcje dotyczące sposobów leczenia, pełnomocnik ma obowiązek przestrzegania tych życzeń i instrukcji, o ile nie jest w dobrej wierze przekonany, że życzenia pacjenta się zmieniły lub że nie mają one zastosowania w danych okolicznościach.

Kto będzie honorować decyzje pełnomocnika?

Wszystkie szpitale, domy opieki, lekarze i inni świadczeniodawcy usług medycznych są prawnie zobowiązani do przekazania pełnomocnikowi tych samych informacji medycznych, które byłyby przekazane pacjentowi i do honorowania jego decyzji w taki sam sposób, jak decyzji pacjenta. Jeżeli szpital lub dom opieki sprzeciwia się stosowaniu pewnych rodzajów leczenia (takich jak niedopuszczenie pewnych zabiegów), musi, jeżeli jest to możliwe, poinformować o tym pacjenta lub jego pełnomocnika PRZED lub w momencie przyjęcia pacjenta.

Co się stanie, jeśli pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej nie będzie dostępny w momencie konieczności podjęcia decyzji?

Pacjent może wyznaczyć pełnomocnika zastępczego na wypadek, gdyby pierwszy pełnomocnik nie był dostępny, niezdolny lub niechętny do działania w momencie podejmowania decyzji. W przeciwnym razie świadczeniodawcy usług medycznych podejmą decyzje dotyczące sposobu leczenia pacjenta na podstawie podanych przez niego instrukcji, gdy był jeszcze w stanie to zrobić. W takich okolicznościach świadczeniodawcy usług medycznych będą się kierować instrukcjami podanymi na piśmie w formularzu wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej.

Co będzie, jeżeli pacjent zmieni zdanie?

Z łatwością można anulować pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej, zmienić wyznaczoną na pełnomocnika osobę lub zmienić instrukcje czy ograniczenia zawarte w formularzu. Można po prostu

wypełnić nowy formularz. Ponadto pacjent może wpisać instrukcje, że pełnomocnictwo wygasa w określonym dniu lub w razie zaistnienia konkretnych okoliczności. W przeciwnym razie pełnomocnictwo będzie ważne bezterminowo. Jeśli pacjent/pacjentka wybierze na pełnomocnika lub zastępczego pełnomocnika swoją małżonkę/swojego małżonka, po czym rozwiedzie się lub uzyska prawną separację, pełnomocnictwo zostaje automatycznie anulowane. Jeżeli pacjent/pacjentka chce, aby była małżonka pozostała/były małżonek pozostał/a pełnomocnikiem, może to być zaznaczone na aktualnym formularzu z wpisaniem daty, bądź też należy wypełnić nowy formularz, wyznaczając byłą małżonkę/byłego małżonka na pełnomocnika.

Czy pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej może być prawnie odpowiedzialny za decyzje podjęte w imieniu pacjenta?

Nie. Pełnomocnik pacjenta nie będzie ponosić odpowiedzialności prawnej za decyzje dotyczące sposobu leczenia podjęte w dobrej wierze w imieniu pacjenta. Nie może on również być odpowiedzialny za koszty leczenia, tylko dlatego, że jest pełnomocnikiem pacjenta.

Czy udzielenie pełnomocnictwa jest tym samym, co rozporządzenie dotyczące podtrzymywania życia?

Nie. Rozporządzenie dotyczące podtrzymywania życia jest dokumentem, w którym pacjent podaje określone instrukcje odnośnie decyzji dotyczących sposobów leczenia. Można podać takie instrukcje na formularzu pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej. Udzielenie pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej pozwala pacjentowi na wybranie zaufanej osoby do podejmowania decyzji dotyczących sposobów leczenia w jego imieniu. W przeciwieństwie do rozporządzenia dotyczącego podtrzymywania życia wyznaczenie pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej nie wymaga wcześniejszej znajomości wszystkich decyzji, które mogą być wymagane w przyszłości. Zamiast tego pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej może interpretować życzenia pacjenta w odniesieniu do zmieniających się okoliczności i podejmować decyzje, których pacjent nie mógł wcześniej przewidzieć.

Gdzie należy przechowywać formularz pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej po jego podpisaniu?

Kopię pełnomocnictwa należy przekazać swojemu pełnomocnikowi, lekarzowi, adwokatowi i dowolnym innym członkom rodziny lub bliskim przyjaciołom. Jedną kopię należy nosić przy sobie, w portfelu lub torebce, lub przechowywać razem z innymi ważnymi papierami, lecz nie w miejscu, do którego nikt nie ma dostępu, np. w sejfie. Pacjent powinien przynieść kopię, jeżeli zostaje przyjęty do szpitala, nawet na drobny zabieg chirurgiczny lub na zabieg ambulatoryjny.

Często zadawane pytania, *ciąg dalszy*

Czy można wykorzystać formularz pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej do wyrażenia życzeń odnośnie oddania organów i/lub tkanki?

Tak. Należy wykorzystać opcjonalną część formularza pełnomocnictwa dotyczącą oddania organu i tkanki oraz zapewnić, że instrukcja będzie podpisana przez dwóch świadków. Można określić, czy organy i/lub tkanki mają być wykorzystane do transplantacji, badań lub celów naukowych. Wszelkie ograniczenia związane z życzeniami pacjenta powinny zostać odnotowane w tej części formularza. **Niewyrażenie swoich życzeń i instrukcji na formularzu pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej nie będzie interpretowane jako oświadczenie, że pacjent nie chce być dawcą organów i/lub tkanki.**

Czy pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej może podejmować decyzje w imieniu pacjenta odnośnie oddania organów i/lub tkanki?

Tak. Od 26 sierpnia 2009 roku pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej ma prawo podejmować decyzje po śmierci pacjenta, ale wyłącznie w zakresie oddania organów i/lub tkanki. Pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej ma obowiązek podejmować decyzje zgodne z treścią udzielonego mu pełnomocnictwa.

Kto może wyrazić zgodę na oddanie organów, jeśli pacjent nie określi swoich życzeń w tym momencie?

Ważne jest, aby przekazać swoje życzenia odnośnie oddania organów i/lub tkanki pełnomocnikowi w zakresie opieki zdrowotnej, osobie będącej pełnomocnikiem po śmierci pacjenta (jeśli taki pełnomocnik został ustanowiony) oraz członkom swojej rodziny. Prawo stanu Nowy Jork podaje listę osób, które są upoważnione do wyrażenia zgody na oddanie organów i/lub tkanki w imieniu pacjenta. Osoby te podane są w kolejności ich priorytetu: pełnomocnik pacjenta w zakresie opieki zdrowotnej, pełnomocnik zmarłego pacjenta, współmałżonek pacjenta, jeżeli pacjent nie jest w stanie prawnej separacji, lub partner życiowy pacjenta, pełnoletni syn lub pełnoletnia córka pacjenta, każde z rodziców pacjenta, pełnoletni brat lub pełnoletnia siostra pacjenta, lub opiekun ustanowiony przez sąd przed śmiercią dawcy.

Instrukcje dotyczące formularza wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej

Punkt (1)

Wpisać imię i nazwisko, domowy adres i telefon osoby, którą pacjent wybiera jako swojego pełnomocnika.

Punkt (2)

Jeżeli pacjent chce wybrać pełnomocnika zastępczego, wpisać imię i nazwisko, domowy adres i telefon osoby, którą pacjent wybiera jako swojego pełnomocnika zastępczego.

Punkt (3)

Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej będzie ważne bezterminowo, o ile pacjent nie poda daty lub okoliczności jego wygaśnięcia. Ta część jest opcjonalna i należy ją wypełnić tylko wtedy, gdy pacjent chce, aby pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej w pewnym momencie wygasło.

Punkt (4)

Jeżeli pacjent chce przekazać swojemu pełnomocnikowi instrukcje szczególne, należy je tu wpisać. Poza tym, jeśli pacjent chce w jakikolwiek sposób ograniczyć upoważnienie pełnomocnika, może to opisać tutaj lub omówić to ze swoim pełnomocnikiem. Jeżeli pacjent nie określi żadnych ograniczeń, pełnomocnik będzie upoważniony do podejmowania wszystkich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, które mógłby podejmować pacjent, łącznie z decyzją wyrażenia zgody lub odmowy zabiegów podtrzymywania życia.

Pacjent może dać swojemu pełnomocnikowi upoważnienie o szerokim zakresie bezpośrednio na formularzu. Wystarczy napisać: *Omówiłem/am swoje życzenia z pełnomocnikiem w zakresie opieki zdrowotnej i jego zastępcą i są im znane moje życzenia, łącznie z życzeniami dotyczącymi sztucznego odżywiania i nawadniania.*

Bardziej szczegółowe instrukcje można opisać w następujący sposób:

W przypadku śmiertelnej choroby chcę/nie chcę, aby stosowano u mnie następujące rodzaje zabiegów...

W przypadku, kiedy będę w stanie śpiączki lub ograniczonej przytomności bez nadziei na wyzdrowienie, chcę/nie chcę, aby stosowano u mnie następujące rodzaje zabiegów...

W przypadku uszkodzenia lub choroby mózgu, która nie pozwala mi na rozpoznawanie ludzi lub mowy i nie będzie nadziei na poprawę stanu, chcę/nie chcę, aby stosowano u mnie następujące rodzaje zabiegów...

Omówiłem/am ze swoim pełnomocnikiem moje życzenia odnośnie _____ i chcę, aby mój pełnomocnik podejmował wszystkie decyzje w odniesieniu do tych działań.

Poniżej podano przykłady zabiegów medycznych, co do których należałoby podać pełnomocnikowi szczególne instrukcje. Nie jest to kompletna lista:

- sztuczne oddychanie
- sztuczne odżywianie i nawadnianie (pokarm i woda dostarczane przez sondę żywieniową)
- resuscytacja krążeniowo-oddechowa (CPR)
- leki przeciwpсихotyczne
- leczenie elektrowstrząsami
- antybiotyki
- zabiegi chirurgiczne
- dializa
- przeszczep
- transfuzje krwi
- aborcja
- sterylizacja

Punkt (5)

Formularz pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej musi być podpisany i opatrzony datą. Jeżeli pacjent nie jest w stanie podpisać go samodzielnie, może wskazać inną osobę do podpisania go w swojej obecności. Należy pamiętać o podaniu adresu.

Punkt (6)

Na niniejszym formularzu można wyrazić swoje życzenia lub podać instrukcje dotyczące oddania organów i/lub tkanki. Prawo Stanu Nowy Jork określa listę pewnych osób, w uszeregowaniu priorytetowym, które są upoważnione do wyrażenia zgody w imieniu pacjenta na oddanie organów i/lub tkanki: pełnomocnik pacjenta w zakresie opieki zdrowotnej, pełnomocnik zmarłego pacjenta, współmałżonek pacjenta (jeżeli pacjent nie jest w stanie prawnej separacji) lub partner życiowy pacjenta, pełnoletni syn lub pełnoletnia córka pacjenta, każde z rodziców pacjenta, pełnoletni brat lub pełnoletnia siostra pacjenta, opiekun ustanowiony przez sąd przed śmiercią dawcy.

Punkt (7)

Formularz wyznaczenia pełnomocnika w zakresie opieki zdrowotnej musi być podpisany przez dwóch świadków, którzy ukończyli 18. rok życia. Osoba wyznaczona na pełnomocnika lub zastępcę pełnomocnika nie może podpisać go jako świadek.

Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej

- (1) **Ja,** _____
niniejszym ustanawiam _____
(imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu)

moim pełnomocnikiem w zakresie opieki zdrowotnej do podejmowania w moim imieniu wszelkich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej z wyjątkiem określonych przeze mnie zastrzeżeń. Niniejsze pełnomocnictwo wchodzi w życie tylko w przypadku, jeżeli i kiedy nie będę zdolny/a do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

- (2) **Opcja: Zastępca pełnomocnika**

Jeżeli osoba, którą wyznaczę, będzie niezdolna, niechętna lub niedostępna do działania jako mój pełnomocnik w zakresie opieki zdrowotnej, niniejszym ustanawiam _____
(imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu)

moim pełnomocnikiem w zakresie opieki zdrowotnej do podejmowania w moim imieniu wszelkich decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, z wyjątkiem określonych przeze mnie zastrzeżeń.

- (3) O ile nie odwołam lub nie określę terminu lub okoliczności wygaśnięcia niniejszego pełnomocnictwa, zachowuje ono moc obowiązującą na czas nieokreślony. (Opcjonalnie: Jeżeli pacjent chce, żeby to pełnomocnictwo w pewnym momencie wygasło, należy tu określić datę lub warunki). Niniejsze pełnomocnictwo wygasa (podać datę lub warunki): _____

- (4) **Opcja:** Polecam mojemu pełnomocnikowi w zakresie opieki zdrowotnej, aby podejmował decyzje dotyczące mojej opieki zdrowotnej zgodnie z moimi życzeniami i ograniczeniami, zgodnie z posiadaną przez niego wiedzą lub według poniższego opisu. (Jeżeli pacjent chce ograniczyć upoważnienie pełnomocnika w zakresie podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w jego imieniu lub podać szczególne instrukcje, tu można opisać swoje życzenia i ograniczenia). Polecam mojemu pełnomocnikowi w zakresie opieki zdrowotnej, aby podejmował decyzje dotyczące opieki zdrowotnej zgodnie z następującymi ograniczeniami i/lub instrukcjami (w razie potrzeby dołączyć dodatkowe kartki): _____

Aby pełnomocnik mógł podejmować decyzje zdrowotne dotyczące sztucznego karmienia i nawadniania (pokarm i woda dostarczane przez sondę żywieniową lub dożylnie), pełnomocnik musi w rozsądnym zakresie znać życzenia pacjenta. Pacjent może poinformować pełnomocnika, jakie są jego życzenia lub opisać je tutaj. W instrukcji zawarto przykładowe sformułowania, jakich można użyć w celu opisania swoich życzeń w niniejszym formularzu, łącznie z życzeniami dotyczącymi sztucznego karmienia i nawadniania.

(5) **Dane pacjenta** *(drukiem)*

Imię i nazwisko pacjenta _____

Podpis pacjenta _____ Data _____

Adres pacjenta _____

(6) **Opcja: Oddanie organów i/lub tkanek**

Niniejszym podpisuję akt darowizny anatomicznej, który nabierze ważności w momencie mojej śmierci i który obejmuje:
(zaznaczyć odpowiednie punkty)

Jakiegokolwiek potrzebne organy i/lub tkanki

Następujące organy i/lub tkanki _____

Ograniczenia _____

Jeżeli pacjent nie określi swoich życzeń lub nie poda instrukcji odnośnie oddania organów i/lub tkanek w niniejszym formularzu, nie będzie to interpretowane jako niechęć do ich oddania lub zakazanie osobie, która jest do tego w inny sposób prawnie upoważniona, wyrażenia zgody na taką darowiznę w imieniu pacjenta.

Podpis pacjenta _____ Data _____

(7) **Oświadczenie świadków** *(Świadcami muszą być osoby, które ukończyły 18. rok życia i nie pełnią roli pełnomocników w zakresie opieki zdrowotnej lub ich zastępców).*

Oświadczam, że osoba, która podpisała ten dokument jest mi osobiście znana, wydaje się być w pełni władz umysłowych i działa z własnej woli. Osoba ta podpisała (lub poprosiła inną osobę do podpisania w jej imieniu) niniejszy dokument w mojej obecności.

Data _____

Data _____

Imię i nazwisko 1. świadka
(drukiem) _____

Imię i nazwisko 2. świadka
(drukiem) _____

Podpis _____

Podpis _____

Adres _____

Adres _____



Department
of Health