

توكيل الرعاية الصحية

تعيين وكيل رعايتك الصحية في ولاية نيويورك

يسمح لك قانون Health Care Proxy (توكيل الرعاية الصحية) في نيويورك بتعيين شخص تثق به - على سبيل المثال ، فرد من العائلة أو صديق مقرب لديك- لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا فقدت القدرة على اتخاذ القرارات بنفسك. يمكنك التأكد من خلال تعيين وكيل رعاية صحية ، أن مقدمي الرعاية الصحية يتبعون رغباتك. يمكن لوكيلك أن يقرر أيضًا كيفية تطبيق رغباتك مع تغير حالتك الطبية. يجب أن تتبع المستشفيات والأطباء ومقدموا الرعاية الصحية الآخرين قرارات وكيلك كما لو كانت قراراتك. يمكنك منح الشخص الذي تختاره كوكيلك للرعاية الصحية قدرًا ضئيلاً من السلطة أو بقدر ما تريده. يجوز لك السماح لوكيلك باتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية أو بعض قرارات معينة فقط. يمكنك أيضًا إعطاء وكيلك تعليمات يجب عليه أو عليها اتباعها. يمكن أيضًا استخدام هذا النموذج لتوثيق رغباتك أو تعليماتك فيما يتعلق بتبرع الأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة.

حول استثمارة توكيل الرعاية الصحية

هذه وثيقة قانونية مهمة. قبل التوقيع ، يجب عليك فهم الحقائق التالية:

1. يمنح هذا النموذج الشخص الذي تختاره كوكيلك السلطة لاتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك ، بما في ذلك قرار إزالة أو توفير العلاج الذي يحافظ على الحياة ، ما لم تنص على خلاف ذلك في هذا النموذج. يُقصد بمصطلح "الرعاية الصحية" أي علاج أو خدمة أو إجراء لتشخيص أو علاج حالتك الجسدية أو العقلية.
2. ما لم يكن وكيلك يعلم رغباتك بشكل معقول حول التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يتم توفيرها بواسطة أنبوب التغذية أو خط الوريد) ، فلن يُسمح له أو لها برفض هذه التدابير أو الموافقة عليها نيابةً عنك.
3. سيبدأ وكيلك في اتخاذ القرارات نيابةً عنك عندما يقرر طبيبك أنك غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.
4. يمكنك أن تكتب في هذا النموذج أمثلة لأنواع العلاجات التي لا ترغب فيها و / أو تلك العلاجات التي تريد التأكد من تلقيها. قد تستخدم التعليمات لوضع الحد للوكيل من سلطة اتخاذ القرار يجب أن يتبع وكيلك تعليماتك عند اتخاذ القرارات نيابةً عنك.
5. لا تحتاج إلى محامي لتعبئة هذا النموذج.
6. يمكنك اختيار أي شخص بالغ (يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر) ، بما في ذلك أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب ، ليكون وكيلك. إذا اخترت طبيبًا كوكيل لك ، فسيتعين عليه أو عليها الاختيار بين العمل كوكيل لك أو كطبيب معالج لأن الطبيب لا يمكنه القيام بالأمرين معًا في الوقت نفسه. أيضًا ، إذا كنت مريضًا أو مقيمًا في مستشفى أو دار رعاية أو مرفق صحة عقلية ، فهناك قيود خاصة بشأن تسمية شخص يعمل في تلك المنشأة كوكيل لك. اطلب من العاملين بالمنشأة شرح تلك القيود.
7. قبل تعيين شخص ما ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ، ناقش الأمر معه أو معها للتأكد من أنه أو أنها على استعداد للعمل كوكيل لك. أخبر الشخص الذي تختاره أنه أو أنها سيكون وكيل رعايتك الصحية. ناقش عن رغباتك المتعلقة بالرعاية الصحية وهذا النموذج مع وكيلك. تأكد من إعطائه أو إعطائها نسخة موقعة. لا يمكن مقاضاة وكيلك لأسباب تتعلق بالرعاية الصحية المقدمة بحسن نية.
8. إذا قمت بتسمية زوجك كوكيل للرعاية الصحية الخاص بك ثم أصبحت فيما بعد مطلقًا أو منفصلاً قانونيًا ، فلا يمكن أن يكون زوجك السابق وكيلك بموجب القانون ، ما لم تنص على خلاف ذلك. إذا كنت ترغب في أن تظل زوجك السابق وكيلًا لك ، فيمكنك تدوين ذلك في نموذجك الحالي وكتابة التاريخ أو إكمال نموذج جديد يسمى زوجك السابق.
9. على الرغم من توقيعك على هذا النموذج ، يحق لك اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك ما دمت قادرًا على القيام بذلك ، ولا يمكن تقديم العلاج لك أو إيقافه إذا اعترضت ، ولا يكون لوكيلك أي سلطة للمعارضة.
10. يمكنك إلغاء التفويض الممنوح لوكيلك عن طريق إخباره أو إخبارها أو إخبار مقدم الرعاية الصحية الخاص بك شفهيًا أو خطيًا.
11. تعيين وكيل الرعاية الصحية أمر طوعي. لا يمكن لأحد أن يطلب منك تعيين أحد.
12. يمكنك التعبير عن رغباتك أو تعليماتك بخصوص التبرع بالأعضاء والعين و / أو الأنسجة في هذا النموذج.

أسئلة شائعة

لماذا يلزمني اختيار وكيل الرعاية الصحية؟

إذا أصبحت غير قادر ، ولو مؤقتًا ، على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية ، يجب أن يقرر شخص آخر نيابة عنك. غالبًا ما يتطلع مقدموا الرعاية الصحية إلى أفراد الأسرة للحصول على إرشادات. قد يعبر أفراد الأسرة عما يعتقدون أن رغباتك تتعلق بمعاملة معينة. يتيح لك تعيين وكيل التحكم في علاجك الطبي من خلال:

- السماح لوكيلك باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بالطريقة التي تريدها لاتخاذ القرار بشأنها ؛
- اختيار شخص واحد لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنك تعتقد أن هذا الشخص سوف يتخذ قرارات أفضل ؛
- اختيار شخص واحد لتجنب الخلاف أو الارتباك بين أفراد الأسرة و / أو الآخرين المهمين.

يمكنك أيضًا تعيين وكيل بديل لتولي المهمة إذا كان خيارك الأول لا يمكنه اتخاذ القرارات نيابة عنك.

من يمكنه أن يكون وكيل الرعاية الصحية؟

أي شخص يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر يمكن أن يصبح وكيل الرعاية الصحية. لا يمكن للشخص الذي تعينه كوكيلك أو وكيلك البديل التوقيع كشاهد على نموذج توكيل الرعاية الصحية.

كيف يمكنني تعيين وكيل الرعاية الصحية؟

يمكن لجميع البالغين المؤهلين ، الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر ، تعيين وكيل رعاية صحية عن طريق التوقيع على نموذج يسمى توكيل الرعاية الصحية. لست بحاجة إلى محامي أو كاتب عدل ، فقط شاهدين بالغين. وكيلك لا يستطيع التوقيع كشاهد. يمكنك استخدام النموذج المطبوع هنا ، ولكن ليس عليك استخدام هذا النموذج.

متى سيبدأ وكيل الرعاية الصحية في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية من أجلي؟

سيبدأ وكيلك للرعاية الصحية في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بعد أن يقرر طبيبك أنك غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك. طالما أنك قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك ، فسيكون لديك الحق في القيام بذلك.

ما هي القرارات التي يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي اتخاذها؟

ما لم تحدد من سلطة وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ، فسيكون وكيلك قادرًا على اتخاذ أي قرار رعاية صحية كان من الممكن أن تتخذه إذا كنت قادرًا على اتخاذ القرار بنفسك. يمكن لوكيلك الموافقة على تلقيك العلاج ، والاختيار من بين العلاجات المختلفة ، ويقرر أنه لا ينبغي توفير العلاجات وفقًا لرغباتك واهتماماتك. ومع ذلك ، يمكن لوكيلك فقط اتخاذ القرارات بشأن التغذية الاصطناعية والاستئزاف الصحي (التغذية والمياه التي يتم توفيرها عن طريق أنبوب التغذية أو الوريد) إذا كان يعرف أو كانت تعرف رغباتك مما قلته أو ما كتبتة . لا يمنح نموذج توكيل الرعاية الصحية وكيلك القدرة على اتخاذ القرارات غير المتعلقة بالرعاية الصحية نيابة عنك ، مثل القرارات المالية.

لماذا أحتاج إلى تعيين وكيل رعاية صحية إذا كنت شابًا وصحيًا؟

يعد تعيين وكيل الرعاية الصحية فكرة جيدة على الرغم من أنك لست مسنًا أو مصابا بمرض عضال. يمكن لوكيل الرعاية الصحية التصرف نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر مؤقتًا على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك (مثل قد يحدث إذا كنت تحت تأثير التخدير العام أو أصبحت في فقدان الحساسية بسبب حادث). عندما تصبح قادرًا مرة أخرى على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك ، فلن يُسمح لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك بالتصرف بعد الآن.

كيف سيتخذ وكيل الرعاية الصحية قراراتي؟

يلزم وكيلك اتباع رغباتك، بالإضافة الي معتقداتك الأخلاقية والدينية. يمكنك كتابة التعليمات على نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك أو مناقشتها ببساطة مع وكيلك.

أسئلة شائعة، تابع

كيف سيعرف وكيل الرعاية الصحية رغباتي؟

إجراء مناقشة مفتوحة وصريحة حول رغباتك مع وكيلك للرعاية الصحية سيضعه أو يضعها في وضع أفضل لخدمة مصالحك. إذا كان وكيلك لا يعرف رغباتك أو معتقداتك ، فإن وكيلك ملزم قانونًا بالتصرف في صالح مصالحك. نظرًا لأن هذه مسؤولية كبيرة بالنسبة للشخص الذي تقوم بتعيينه كوكيلك للرعاية الصحية ، يلزمك المناقشة مع هذا الشخص حول أنواع العلاجات التي قد ترغب فيها أو لا تريدها في ظل أنواع مختلفة من الظروف ، مثل:

- إذا ما كنت ترغب في بداية دعم الحياة / استمراره / إزالته إذا كنت في غيبوبة دائمة؛
- إذا ما كنت ترغب في بدء العلاج / استمراره / إزالته إذا كنت مصابًا بمرض عضال؛
- ما إذا كنت ترغب في بدء / حجب التغذية الاصطناعية والاستنزاف الصحي أو استمراره أو سحبه وتحت أي ظروف.

هل يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي إلغاء رغباتي أو تعليمات العلاج السابقة؟

لا. وكيلك ملزم باتخاذ القرارات بناءً على رغباتك. إذا أخبرت بوضوح عن رغبات معينة ، أو أعطيت تعليمات علاجية معينة ، فإن وكيلك ملزم باتتباع تلك الرغبات أو التعليمات ما لم يكن لديه أو لديها أساس حسن النية للاعتقاد بأن رغباتك قد تغيرت أو لا تنطبق على الظروف.

من سينتبه إلى وكيلي؟

جميع المستشفيات ودور رعاية المسنين والأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين مطالبون قانونًا بتزويد وكيل الرعاية الصحية الخاص بك بنفس المعلومات التي سيتم توفيرها لك واحترام قرارات وكيلك كما لو كنت أنت من اتخذها. إذا عارض مستشفى أو دار رعاية المسنين على بعض خيارات العلاج (مثل إزالة علاج معين) ، يجب أن يخبروك أو يخبرك وكيلك قبل أو عند الدخول ، إذا كان ذلك ممكنًا بشكل معقول.

ماذا لو كان وكيل الرعاية الصحية الخاص بي غير موجود عندما يجب اتخاذ القرارات؟

يمكنك تعيين وكيل بديل ليقرر نيابة عنك ما إذا كان وكيل الرعاية الصحية الخاص بك غير موجود أو غير قادر أو غير راغب في التصرف عند اتخاذ القرارات. خلافًا لذلك ، سيتخذ مقدمو الرعاية الصحية قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك والتي تتبع التعليمات التي قدمتها بينما كنت لا تزال قادرًا على القيام بذلك. أي تعليمات تكتبها على نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك ستوجه مقدمي الرعاية الصحية في ظل هذه الظروف.

ماذا يحدث إذا غيرت رأيي؟

من السهل إلغاء توكيل الرعاية الصحية الخاص بك ، أو تغيير الشخص الذي اخترته كوكيل للرعاية الصحية الخاص بك أو لتغيير أي تعليمات أو قيود قمت بتضمينها في النموذج. ما عليك سوى ملء نموذج جديد. بالإضافة إلى ذلك ، يمكنك الإشارة إلى أن وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ينتهي في تاريخ محدد أو في حالة حدوث أحداث معينة. والا ، فإن توكيل الرعاية الصحية تبقى ساري المفعول إلى أجل غير مسمى. إذا اخترت زوجك كوكيل للرعاية الصحية أو كبديل لك ، وتم الطلاق أو الانفصال قانونًا ، يتم إلغاء التعيين تلقائيًا. لكن ، إذا كنت ترغب في أن تظل زوجتك السابقة وكيلة لك ، فيمكنك تدوين ذلك في نموذجك الحالي وتاريخه أو إكمال نموذج جديد لتسمية زوجتك السابقة.

هل يمكن أن يكون وكيلي للرعاية الصحية مسؤولاً من الناحية القانونية عن اتخاذ القرارات نيابةً عني؟

لا. لن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك مسؤولاً عن قرارات الرعاية الصحية التي يتم اتخاذها بحسن النية نيابةً عنك. أيضًا ، لا يمكن تحميله أو تحميلها المسؤولية عن تكاليف رعايتك لمجرد أنه أو أنها وكيلك.

هل توكيل الرعاية الصحية هو نفس وصية الحياة؟

لا ، وصية الحياة هي وثيقة تقوم بتوفير تعليمات محددة حول قرارات الرعاية الصحية. تقدر وضع هذه الإرشادات في نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك. يتيح لك توكيل الرعاية الصحية اختيار شخص تثق به لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك. بخلاف وصية الحياة ، لا يتطلب توكيل الرعاية الصحية أن تقرر مسبقًا قرارات قد تنشأ بدلاً من ذلك ، يمكن لتوكيل الرعاية الصحية أن يفسر رغباتك مع تغيير الظروف الطبية ويمكنه اتخاذ قرارات لم تكن تعلم أنها يجب أن تتخذ.

أسئلة شائعة، تابع

أين احتفظ بنموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بي بعد التوقيع؟

أعط نسخة لوكيلك ، وطبيبك ، ومحاميك وأي أفراد آخرين من العائلة أو الأصدقاء المقربين الذين تريدهم. احتفظ بنسخة في محفظتك أو حقيبتك أو مع أوراق مهمة أخرى ، ولكن لا تحتفظ في مكان لا يمكن لأي شخص الوصول إليه ، مثل صندوق حفظ الأمانات. أحضر نسخة إذا تم إدخالك إلى المستشفى ، حتى لإجراء جراحة بسيطة ، أو إذا خضعت لجراحة العيادة الخارجية.

هل يمكنني استخدام نموذج توكيل الرعاية الصحية للتعبير عن رغباتي فيما يتعلق بالتبرع بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة؟

نعم. استخدم قسم التبرع بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة الاختياري في نموذج توكيل الرعاية الصحية وتأكد من مشاهدة القسم من قبل شخصين. يمكنك تحديد استخدام أعضائك و / أو عينيك و / أو أنسجتك للزرع أو البحث أو الأغراض التعليمية. يجب ملاحظة أي قيود (قيود) مرتبطة برغباتك في هذا القسم من التوكيل. لن يتم اعتبار عدم تضمين رغباتك وتعليماتك في نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك على أنه يعني أنك لا تريد أن تكون متبرعاً بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة.

هل يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي اتخاذ القرارات نيابة عني بشأن التبرع بالأعضاء والعين و / أو الأنسجة؟

نعم. اعتباراً من 26 أغسطس 2009 ، يحق لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك اتخاذ القرارات بعد وفاتك ، ولكن فقط تلك القرارات التي تتعلق بالتبرع بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة. يجب على وكيل الرعاية الصحية الخاص بك اتخاذ مثل هذه القرارات كما هو موضح في نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

من يمكنه الموافقة على التبرع إذا اخترت عدم التصريح برغباتي في هذا الوقت؟

من المهم لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك ، أو "وكيل الرعاية الصحية" ملاحظة رغباتك بشأن التبرع بالأعضاء والعين و / أو الأنسجة ، وأفراد الأسرة ، والشخص المسؤول عن التخلص من رفاتك. إذا لم تكن قد قدمت بالفعل رغباتك في أن تصبح، أو لا تصبح، متبرعاً بالأعضاء و / أو الأنسجة معروفاً ، فإن قانون نيويورك يوفر قائمة بالأفراد المصرح لهم بالموافقة على التبرع بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة نيابة عنك. يتم سردها على النحو التالي ، مرتبة حسب الأولوية: وكيل الرعاية الصحية / التوكيل ؛ زوجك ، إذا لم تكن منفصلاً قانوناً ، أو شريكك للحياة ؛ ابن أو ابنة يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر ؛ أحد والديك - أخ أو أخت يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكبر ؛ حفيد بالغ ؛ جد ولي الأمر عينته المحكمة لك قبل وفاتك ؛ أو أي شخص آخر مخول بالتصرف بجسدك.

تعليمات نموذج توكيل الرعاية الصحية

فيما يلي بعض الأمثلة للعلاجات الطبية التي قد ترغب في إعطاء تعليمات خاصة لوكيلك بشأنها. هذه ليست القائمة الكاملة:

البند (1)

اكتب الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف للشخص الذي تختاره كوكيل لك.

البند (2)

إذا كنت ترغب في تعيين وكيل بديل ، فاكتب الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف للشخص الذي تختاره كوكيلك البديل.

البند (3)

سيقي توكيل الرعاية الصحية الخاص بك ساريًا إلى أجل غير مسمى ما لم تحدد تاريخ انتهاء الصلاحية أو شرطًا لانتهائه. هذا القسم اختياري ويجب ملؤه فقط إذا كنت تريد انتهاء صلاحية توكيل الرعاية الصحية.

البند (4)

إذا كانت لديك تعليمات خاصة لوكيلك ، فاكتبها هنا. أيضًا ، إذا كنت ترغب في تقييد سلطة وكيلك بأي شكل من الأشكال ، يمكنك قول ذلك هنا أو مناقشتها مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك. إذا لم تذكر أي قيود ، فسيُسمح لوكيلك باتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية التي كان من الممكن أن تتخذها ، بما في ذلك قرار الموافقة أو رفض علاج حفظ الحياة.

إذا كنت تريد منح وكيلك سلطة واسعة ، فيمكنك القيام بذلك في النموذج مباشرة. ما عليك سوي أن تكتب: لقد ناقشت رغباتي مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بي والبديل وهم يعرفون رغباتي بما في ذلك حول التغذية الاصطناعية والترطيب.

إذا كنت ترغب في تقديم تعليمات أكثر تحديدًا ، فيمكنك القول:

إذا أصبت بمرض عضال، فأنا أرغب/ لا أرغب في تلقي أنواع العلاج التالية...

إذا دخلت في غيبوبة أو كان لدي القليل من الفهم الواعي ، ولا أمل في الشفاء ، فأنا أرغب / لا أرغب في الأنواع التالية من العلاجات التالية:.....

إذا كنت أعاني من تلف دماغي أو مرض في المخ يجعلني غير قادر على التعرف على الأشخاص أو التحدث اليهم ولا يوجد أمل في تحسن حالتي، فأنا أرغب / لا أرغب في الأنواع التالية من العلاجات التالية:.....

لقد ناقشت مع وكيلي رغباتي حول _____ وأريد من وكيلي اتخاذ جميع القرارات بشأن هذه الإجراءات.

- التنفس الاصطناعي
- التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والماء بواسطة أنبوب التغذية)
- جهاز الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)
- أدوية مضادات الذهان
- العلاج بالصدمة الكهربائية
- المضادات الحيوية
- العمليات الجراحية
- غسيل الكلى
- زرع الأعضاء
- نقل الدم
- الإجهاض
- التعقيم

البند (5)

يجب عليك تاريخ وتوقيع نموذج توكيل الرعاية الصحية هذا. إذا كنت غير قادر على التوقيع بنفسك ، يمكنك توجيه شخص آخر لتسجيل الدخول إلى حضورك. تأكد من تضمين عنوانك.

البند (6)

يمكنك ذكر رغبات أو تعليمات حول التبرع بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة في هذا النموذج. ينص قانون نيويورك على بعض الأفراد حسب الأولوية للموافقة على التبرع بالأعضاء والعين و / أو الأنسجة نيابة عنك: وكيل / توكيل الرعاية الصحية قمت بتعيينه؛ وكيلك قمت بتعيينه للتحكم في التخلص من رفاتك؛ زوجك، إذا لم تكن منفصلاً قانونًا، أو شريكك للحياة؛ ابن أو ابنة يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر ؛ أجد والدك - أخ أو أخت يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر؛ حفيد بالغ؛ جد ولى الأمر عينته المحكمة لك وفات قبل ؛ أو أي شخص آخر مخول بالتصرف بجسدك.

البند (7)

يجب أن يوقع شاهدان يبلغان من العمر 18 عامًا أو أكثر على نموذج توكيل الرعاية الصحية هذا. لا يمكن للشخص الذي تم تعيين وكيلك أو وكيلك البديل التوقيع كشاهد.

توكيل الرعاية الصحية

(1) ا.

بموجب هذا يتم التعيين

(الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف)

بصفة وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لتقديم أي وجميع الرعاية الصحية نيابة عني، باستثناء الحد الذي أصرح به بخلاف ذلك. لن يتم تطبيق هذا التوكيل إلا إذا لم أتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي.

(2) اختياري: الوكيل البديل

إذا كان الشخص الذي أقوم بتعيينه غير قادر أو غير راغب أو غير موجود للعمل كوكيل للرعاية الصحية، أنا أقوم بالتعيين

(الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف)

بصفة وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لتقديم أي وجميع الرعاية الصحية نيابة عني، باستثناء الحد الذي أصرح به بخلاف ذلك.

(3) ما لم أقم بالغائه أو أذكر تاريخ انتهاء الصلاحية أو الظروف التي بموجبها ستنتهي صلاحيته، يظل هذا التوكيل ساري المفعول إلى أجل غير مسمى. (اختياري: إذا كنت تريد انتهاء صلاحية هذا التوكيل، فاذكر التاريخ أو الشروط هنا.) ينتهي هذا التوكيل (تحديد التاريخ أو الشروط):

(4) اختياري: أقوم بتوجيه وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقاً لرغباتي والقيود ، كما يعلم أو تعلم أو كما هو موضح أدناه. (إذا كنت ترغب في تقييد سلطة وكيلك لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك أو لإعطاء تعليمات محددة ، يمكنك ذكر رغباتك أو قيودك هنا.) أقوم بتوجيه وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقاً للقيود و / أو التعليمات التالية (أرفق صفحات إضافية حسب الضرورة):

من أجل اتخاذ وكيلك قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بشأن التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يتم توفيرها بواسطة أنبوب التغذية وخط الوريد)، يلزم وكيلك معرفة رغباتك بشكل معقول. يمكنك إما إخبارك وكيلك عن رغباتك أو تضمينها في هذا القسم. اطلع على التعليمات الخاصة بنماذج اللغة التي يمكنك استخدامها إذا اخترت تضمين رغباتك في هذا النموذج ، بما في ذلك رغباتك بشأن التغذية الاصطناعية والماء.

(5) الهوية الخاصة بك (الرجاء طباعة)

اسمك _____

التوقيع الخاص بك _____ التاريخ _____

عنوانك _____

(6) اختياري: التبرع بالأعضاء ، / أو العين / أو الأنسجة

بموجب هذا ، أقدم هدية تشريحية ، لتكون سارية المفعول عند وفاتي، من:
(اختر جميع ما ينطبق)

أي أعضاء، عيون و / أو أنسجة مطلوبة

الأعضاء، العيون و / أو الأنسجة التالية

القيود

إذا لم تذكر رغباتك أو تعليماتك حول التبرع بالأعضاء و / أو العين و / أو الأنسجة في هذا النموذج ، فلن يُفهم من ذلك أنك لا ترغب في التبرع أو تمنع شخصاً مخولاً قانوناً، للموافقة على التبرع نيابة عنك.

التوقيع الخاص بك _____ التاريخ _____

(7) بيان الشهود (يجب أن يكون عمر الشهود 18 عاماً أو أكثر ولا يمكن أن يكونوا وكيل رعاية صحية أو بديل).

أقر بأن الشخص الذي وقع على هذه الوثيقة من معارفي الشخصية ويبدو أنه سليم العقل ويتصرف أو تتصرف بإرادته/ بإرادتها الحرة. قام أو قامت بالتوقيع (أو طلب من شخص آخر التوقيع نيابة عنه أو عنها) على هذه الوثيقة في حضوري.

الشاهد 1

التاريخ _____

الاسم (طباعة) _____

التوقيع _____

العنوان _____

الشاهد 2

التاريخ _____

الاسم (طباعة) _____

التوقيع _____

العنوان _____



Department
of Health