

Πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης

Ορισμός αντιπροσώπου υγειονομικής περίθαλψης στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης

Ο νόμος της Νέας Υόρκης περί πληρεξουσίου για την υγειονομική περίθαλψη σας επιτρέπει να ορίσετε κάποιον που εμπιστεύεστε – για παράδειγμα, ένα μέλος της οικογένειας ή έναν στενό φίλο – να λαμβάνει αποφάσεις για την υγειονομική σας περίθαλψη σε περίπτωση που αδυνατείτε να λαμβάνετε εσείς οι ίδιοι αποφάσεις. Ορίζοντας έναν αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης, μπορείτε να βεβαιωθείτε ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα ακολουθούν τις επιθυμίες σας. Ο αντιπρόσωπός σας μπορεί επίσης να αποφασίσει πώς εφαρμόζονται οι επιθυμίες σας καθώς αλλάζει η ιατρική σας κατάσταση. Τα νοσοκομεία, οι γιατροί και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ακολουθούν τις αποφάσεις του αντιπροσώπου σας σαν να ήταν δικές σας. Μπορείτε να δώσετε στο πρόσωπο που επιλέγετε ως αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης όση εξουσία επιθυμείτε. Μπορείτε να επιτρέψετε στον αντιπρόσωπό σας να λαμβάνει όλες τις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης ή μόνο ορισμένες από αυτές. Μπορείτε επίσης να δώσετε στον αντιπρόσωπό σας οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσει. Αυτό το έντυπο μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την τεκμηρίωση των επιθυμιών ή των οδηγιών σας σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών.

Σχετικά με το έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης

Πρόκειται για ένα σημαντικό νομικό έγγραφο. Πριν υπογράψετε, θα πρέπει να λάβετε υπόψη σας τα ακόλουθα δεδομένα:

1. Αυτό το έντυπο δίνει στο πρόσωπο που επιλέγετε ως αντιπρόσωπό σας την εξουσία να λαμβάνει όλες τις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό σας, συμπεριλαμβανομένης της απόφασης για την αφαίρεση ή την παροχή θεραπείας που σας συντηρεί στη ζωή, εκτός εάν δηλώσετε διαφορετικά σε αυτό το έντυπο. Ως «υγειονομική περίθαλψη» νοείται κάθε θεραπεία, υπηρεσία ή διαδικασία για τη διάγνωση ή τη θεραπεία της σωματικής ή ψυχικής σας κατάστασης.
2. Εάν ο αντιπρόσωπός σας δεν γνωρίζει επαρκώς τις επιθυμίες σας σχετικά με την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση (τροφή και νερό που παρέχεται με σωλήνα σίτισης ή ενδοφλέβια γραμμή), δεν επιτρέπεται να αρνηθεί ή να συναινέσει σε αυτά τα μέτρα για εσάς.
3. Ο αντιπρόσωπός σας θα αρχίσει να λαμβάνει αποφάσεις για εσάς όταν ο γιατρός σας διαπιστώσει ότι δεν είστε σε θέση να λαμβάνετε μόνοι σας αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
4. Μπορείτε να γράψετε σε αυτό το έντυπο παραδείγματα των τύπων των θεραπειών που δεν θα επιθυμούσατε ή/και των θεραπειών που θέλετε να βεβαιωθείτε ότι θα λάβετε. Οι οδηγίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον περιορισμό της δυνατότητας λήψης αποφάσεων του αντιπροσώπου. Ο αντιπρόσωπός σας πρέπει να ακολουθεί τις οδηγίες σας όταν λαμβάνει αποφάσεις για λογαριασμό σας.
5. Δεν χρειάζεστε δικηγόρο για να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο.
6. Μπορείτε να επιλέξετε οποιονδήποτε ενήλικα (18 ετών και άνω), συμπεριλαμβανομένου ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, να είναι ο αντιπρόσωπός σας. Εάν επιλέξετε έναν γιατρό ως αντιπρόσωπό σας, αυτός ή αυτή θα πρέπει να επιλέξει μεταξύ του να ενεργεί ως αντιπρόσωπός σας ή ως θεράπων ιατρός σας, διότι ένας γιατρός δεν μπορεί να τα κάνει και τα δύο ταυτόχρονα. Επίσης, εάν είστε ασθενής ή ένοικος νοσοκομείου, οίκου ευγηρίας ή μονάδας ψυχικής υγιεινής, υπάρχουν ειδικοί περιορισμοί σχετικά με τον ορισμό κάποιου που εργάζεται για την εν λόγω μονάδα ως αντιπρόσωπό σας. Ζητήστε από το προσωπικό της μονάδας να σας εξηγήσει αυτούς τους περιορισμούς.
7. Πριν ορίσετε κάποιον ως αντιπρόσωπο για την υγειονομική σας περίθαλψη, συζητήστε το μαζί του για να βεβαιωθείτε ότι είναι πρόθυμος να ενεργήσει ως αντιπρόσωπός σας. Ενημερώστε το άτομο που θα επιλέξετε ότι θα είναι ο αντιπρόσωπος της υγειονομικής σας περίθαλψης. Συζητήστε τις επιθυμίες σας για την υγειονομική περίθαλψη και το παρόν έντυπο με τον αντιπρόσωπό σας. Φροντίστε να τους δώσετε ένα υπογεγραμμένο αντίγραφο. Ο αντιπρόσωπός σας δεν μπορεί να μηνυθεί για αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνονται με καλές προθέσεις.
8. Εάν έχετε ορίσει τον σύζυγό σας ως αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης και αργότερα πάρετε διαζύγιο ή χωρίσετε νομικά, ο πρώην σύζυγός σας δεν μπορεί πλέον να είναι ο αντιπρόσωπός σας βάσει του νόμου, εκτός εάν δηλώσετε διαφορετικά. Εάν επιθυμείτε ο πρώην σύζυγός σας να παραμείνει αντιπρόσωπός σας, μπορείτε να το σημειώσετε στο τρέχον έντυπο και να το χρονολογήσετε ή να συμπληρώσετε ένα νέο έντυπο στο οποίο θα αναφέρεται ο πρώην σύζυγός σας.

9. Παρόλο που έχετε υπογράψει το παρόν έντυπο, έχετε το δικαίωμα να λαμβάνετε εσείς οι ίδιοι αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική σας περίθαλψη για όσο διάστημα είστε σε θέση να το κάνετε, και η θεραπεία δεν μπορεί να σας χορηγηθεί ή να διακοπεί εάν διαφωνείτε, ούτε ο αντιπρόσωπός σας θα έχει εξουσία να διαφωνήσει.
10. Μπορείτε να ακυρώσετε την εξουσιοδότηση που δόθηκε στον αντιπρόσωπό σας, ενημερώνοντάς τον ίδιο ή τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης προφορικά ή εγγράφως.
11. Ο διορισμός αντιπροσώπου υγειονομικής περίθαλψης είναι εθελοντικός. Κανείς δεν μπορεί να απαιτήσει από εσάς να διορίσετε έναν.
12. Μπορείτε να εκφράσετε τις επιθυμίες ή τις οδηγίες σας σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών σε αυτό το έντυπο.

Συχνές Ερωτήσεις

Γιατί να επιλέξω έναν αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης;

Εάν αδυνατείτε, έστω και προσωρινά, να λαμβάνετε αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης, κάποιος άλλος πρέπει να αποφασίσει για εσάς. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά απευθύνονται στα μέλη της οικογένειας για καθοδήγηση. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να εκφράσουν τις επιθυμίες σας σχετικά με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Ο διορισμός αντιπροσώπου σας επιτρέπει να ελέγχετε την ιατρική σας περίθαλψη με τους εξής τρόπους:

- επιτρέποντας στον αντιπρόσωπό σας να λαμβάνει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό σας, όπως εσείς θα θέλατε να ληφθούν,
- επιλέγοντας ένα άτομο να λαμβάνει αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη επειδή πιστεύετε ότι αυτό το άτομο θα λάβει τις καλύτερες αποφάσεις,
- επιλέγοντας ένα άτομο για να αποφύγετε συγκρούσεις ή σύγχυση μεταξύ των μελών της οικογένειας ή/και των οικείων προσώπων σας.

Μπορείτε επίσης να ορίσετε έναν εναλλακτικό αντιπρόσωπο για να αναλάβει εάν η πρώτη σας επιλογή δεν μπορεί να λάβει αποφάσεις για εσάς.

Ποιος μπορεί να είναι αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης;

Αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι οποιοσδήποτε 18 ετών και άνω. Το πρόσωπο που ορίζετε ως αντιπρόσωπό σας ή ο αναπληρωτής αντιπρόσωπός σας δεν μπορεί να υπογράψει ως μάρτυρας στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης.

Πώς μπορώ να ορίσω αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης;

Όλοι οι ικανοί ενήλικες, ηλικίας 18 ετών και άνω, μπορούν να ορίσουν έναν αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης υπογράφοντας ένα έντυπο που ονομάζεται πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης. Δεν χρειάζεστε δικηγόρο ή συμβολαιογράφο, παρά μόνο δύο ενήλικες μάρτυρες. Ο αντιπρόσωπός σας δεν μπορεί να υπογράψει ως μάρτυρας. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το παρόν έντυπο, αλλά δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσετε το συγκεκριμένο.

Πότε ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης θα αρχίσει να λαμβάνει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για μένα;

Ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης θα αρχίσει να λαμβάνει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης μετά την απόφαση του γιατρού σας ότι δεν είστε σε θέση να λαμβάνετε μόνοι σας αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Εφόσον είστε σε θέση να λαμβάνετε μόνοι σας αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, θα έχετε το δικαίωμα να το κάνετε.

Συχνές Ερωτήσεις, συνέχεια

Ποιες αποφάσεις μπορεί να λάβει ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης;

Εάν δεν περιορίσετε την εξουσία του αντιπροσώπου σας για την υγειονομική περίθαλψη, ο αντιπρόσωπός σας θα είναι σε θέση να λάβει οποιαδήποτε απόφαση για την υγειονομική σας περίθαλψη που θα μπορούσατε να λάβετε αν ήσασταν σε θέση να αποφασίσετε μόνοι σας. Ο αντιπρόσωπός σας μπορεί να συμφωνήσει ότι θα πρέπει να λάβετε θεραπεία, να επιλέξει μεταξύ διαφορετικών θεραπειών και να αποφασίσει ότι δεν θα πρέπει να παρασχεθούν θεραπείες, σύμφωνα με τις επιθυμίες και τα συμφέροντά σας. Ωστόσο, ο αντιπρόσωπός σας μπορεί να λάβει αποφάσεις σχετικά με την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση (τροφή και νερό που παρέχεται μέσω σωλήνα σίτισης ή ενδοφλέβιας γραμμής) μόνο εάν γνωρίζει τις επιθυμίες σας από όσα έχετε πει ή γράψει. Το έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης δεν παρέχει στον αντιπρόσωπό σας την εξουσία να λαμβάνει αποφάσεις για εσάς που δεν αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, όπως οικονομικές αποφάσεις.

Γιατί πρέπει να ορίσω αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης αν είμαι νέος και υγιής;

Ο διορισμός αντιπροσώπου υγειονομικής περίθαλψης είναι μια καλή ιδέα ακόμη και αν δεν είστε ηλικιωμένος ή βαριά άρρωστος. Ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ενεργεί για λογαριασμό σας εάν καταστείτε, έστω και προσωρινά, ανίκανος να λαμβάνετε μόνοι σας αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική σας περίθαλψη (όπως μπορεί να συμβεί εάν βρίσκεστε υπό γενική αναισθησία ή εάν έχετε πέσει σε κώμα λόγω ατυχήματος). Όταν θα είστε και πάλι σε θέση να λαμβάνετε μόνοι σας αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης δεν θα είναι πλέον εξουσιοδοτημένος να ενεργεί.

Πώς θα λαμβάνει αποφάσεις ο αντιπρόσωπός μου για την υγειονομική μου περίθαλψη;

Ο αντιπρόσωπός σας πρέπει να ακολουθεί τις επιθυμίες σας, καθώς και τις ηθικές και θρησκευτικές σας πεποιθήσεις. Μπορείτε να γράψετε οδηγίες στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης ή απλώς να τις συζητήσετε με τον αντιπρόσωπό σας.

Πώς θα γνωρίζει ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης τις επιθυμίες μου;

Η ανοιχτή και ειλικρινής συζήτηση σχετικά με τις επιθυμίες σας με τον αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης θα τον καταστήσει σε θέση να εξυπηρετήσει καλύτερα τα συμφέροντά σας. Εάν ο αντιπρόσωπός σας δεν γνωρίζει τις επιθυμίες ή τις πεποιθήσεις σας, υποχρεούται, βάσει νόμου, να ενεργεί προς το συμφέρον σας. Επειδή αυτή είναι μια σημαντική ευθύνη για το άτομο που ορίζετε ως αντιπρόσωπο για την υγειονομική σας περίθαλψη, θα πρέπει να συζητήσετε με το άτομο αυτό σχετικά με τους τύπους των θεραπειών που θα θέλατε ή δεν θα θέλατε υπό διαφορετικές συνθήκες, όπως:

- αν θα θέλατε να ξεκινήσει/συνεχιστεί/αφαιρέσει το σύστημα μηχανικής υποστήριξης σας εάν βρίσκεστε σε μόνιμο κώμα,
- αν θα θέλατε να ξεκινήσουν/συνεχιστούν/αποσυρθούν οι θεραπείες αν έχετε θανάσιμη ασθένεια,
- αν θα θέλατε τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση να χορηγηθεί/να μην χορηγηθεί ή να συνεχιστεί ή να αποσυρθεί και κάτω από ποιες συνθήκες.

Μπορεί ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης να παρακάμψει τις επιθυμίες μου ή τις προηγούμενες θεραπευτικές οδηγίες μου;

Όχι. Ο αντιπρόσωπός σας είναι υποχρεωμένος να λαμβάνει αποφάσεις με βάση τις επιθυμίες σας. Εάν εκφράσατε με σαφήνεια συγκεκριμένες επιθυμίες ή δώσατε συγκεκριμένες οδηγίες θεραπείας, ο αντιπρόσωπός σας έχει καθήκον να ακολουθήσει τις εν λόγω επιθυμίες ή οδηγίες, εκτός εάν έχει βάσιμες ενδείξεις για να πιστεύει ότι οι επιθυμίες σας άλλαξαν ή ότι δεν ισχύουν υπό τις περιστάσεις.

Συχνές Ερωτήσεις, συνέχεια

Ποιος θα δώσει προσοχή στον αντιπρόσωπό μου;

Όλα τα νοσοκομεία, οι οίκοι ευγηρίας, οι γιατροί και οι λοιποί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται βάσει νόμου να παρέχουν στον αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης τις ίδιες πληροφορίες που θα παρείχαν και σε εσάς και να τιμούν τις αποφάσεις του αντιπροσώπου σας, σαν να λαμβάνονταν από εσάς. Εάν ένα νοσοκομείο ή ένας οίκος ευγηρίας αντιτίθεται σε ορισμένες θεραπευτικές επιλογές (όπως η αφαίρεση ορισμένης θεραπείας) πρέπει να ενημερώσει εσάς ή τον αντιπρόσωπό σας ΠΡΙΝ ή κατά την εισαγωγή, εάν αυτό είναι ευλόγως δυνατό.

Τι γίνεται αν ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι διαθέσιμος όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις;

Μπορείτε να ορίσετε έναν αναπληρωτή αντιπρόσωπο για να αποφασίζει για λογαριασμό σας, εάν ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι διαθέσιμος, ικανός ή πρόθυμος να ενεργήσει όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις. Διαφορετικά, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα λαμβάνουν αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για εσάς που ακολουθούν τις οδηγίες που δώσατε όσο ήσασταν ακόμη σε θέση να τις λάβετε. Τυχόν οδηγίες που γράφετε στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης θα καθοδηγήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης υπό αυτές τις συνθήκες.

Κι αν αλλάξω γνώμη;

Είναι εύκολο να ακυρώσετε το πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης, να αλλάξετε το πρόσωπο που έχετε επιλέξει ως αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης ή να αλλάξετε τυχόν οδηγίες ή περιορισμούς που έχετε συμπεριλάβει στο έντυπο. Απλώς συμπληρώστε ένα νέο έντυπο. Επιπλέον, μπορείτε να αναφέρετε ότι το πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης λήγει σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία ή εάν συμβούν ορισμένα γεγονότα. Διαφορετικά, το πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης θα ισχύει επ' αόριστον. Εάν επιλέξετε τον σύζυγό σας ως αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης ή ως εναλλακτικό αντιπρόσωπό σας και πάρετε διαζύγιο ή χωρίσετε νομικά, ο διορισμός ακυρώνεται αυτομάτως. Ωστόσο, εάν επιθυμείτε ο πρώην σύζυγός σας να παραμείνει αντιπρόσωπός σας, μπορείτε να το σημειώσετε στο τρέχον έντυπο και να το χρονολογήσετε ή να συμπληρώσετε ένα νέο έντυπο στο οποίο θα αναφέρεται ο πρώην σύζυγός σας.

Μπορεί ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης να είναι νομικά υπεύθυνος για τις αποφάσεις που λαμβάνονται για λογαριασμό μου;

Όχι. Ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης δεν ευθύνεται για τις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνονται εκ μέρους σας με καλές προθέσεις. Επίσης, δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνος για τα έξοδα της φροντίδας σας, μόνο και μόνο επειδή είναι ο αντιπρόσωπός σας.

Είναι ένα πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης το ίδιο με μια διαθήκη ζωής;

Όχι. Μια διαθήκη ζωής είναι ένα έγγραφο που παρέχει συγκεκριμένες οδηγίες σχετικά με τις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Μπορείτε να αναγράψετε τις οδηγίες αυτές στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης. Το πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης σας επιτρέπει να επιλέξετε κάποιον που εμπιστεύεστε για να λαμβάνει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης εκ μέρους σας. Σε αντίθεση με τη διαθήκη ζωής, το πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης δεν απαιτεί να λάβετε εκ των προτέρων αποφάσεις για θέματα που ενδέχεται να προκύψουν. Αντίθετα, ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να ερμηνεύει τις επιθυμίες σας καθώς οι ιατρικές συνθήκες αλλάζουν και μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις που δεν γνωρίζατε ότι θα έπρεπε να ληφθούν.

Συχνές Ερωτήσεις, συνέχεια

Πού πρέπει να διατηρώ το έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης μετά την υπογραφή του;

Δώστε ένα αντίγραφο στον αντιπρόσωπό σας, στον γιατρό σας, στον δικηγόρο σας και σε όποια άλλα μέλη της οικογένειας ή στενούς φίλους θέλετε. Φυλάξτε ένα αντίγραφο στο πορτοφόλι ή την τσάντα σας ή μαζί με άλλα σημαντικά έγγραφα, αλλά όχι σε μέρος όπου κανείς δεν μπορεί να έχει πρόσβαση σε αυτό, όπως σε θυρίδα ασφαλείας. Φέρτε ένα αντίγραφο εάν εισαχθείτε στο νοσοκομείο, ακόμη και για μια μικρή χειρουργική επέμβαση, ή εάν υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία.

Μπορώ να χρησιμοποιήσω το έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης για να εκφράσω τις επιθυμίες μου σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών;

Ναί. Χρησιμοποιήστε το προαιρετικό τμήμα δωρεάς οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης και φροντίστε να το βεβαιώσουν δύο άτομα. Μπορείτε να ορίσετε ότι τα όργανα, τα μάτια ή/και οι ιστοί σας θα χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση, έρευνα ή εκπαιδευτικούς σκοπούς. Τυχόν περιορισμοί που σχετίζονται με τις επιθυμίες σας θα πρέπει να σημειώνονται σε αυτό το τμήμα του πληρεξουσίου. **Η παράλειψη να συμπεριλάβετε τις επιθυμίες και τις οδηγίες σας στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης δεν θα εκλαμβάνεται ως ένδειξη ότι δεν επιθυμείτε να γίνετε δωρητής οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών.**

Μπορεί ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης να λαμβάνει αποφάσεις για μένα σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών και/ή ιστών;

Ναί. Από τις 26 Αυγούστου 2009, ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης είναι εξουσιοδοτημένος να λαμβάνει αποφάσεις μετά τον θάνατό σας, αλλά μόνο εκείνες που αφορούν τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών. Ο αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να λαμβάνει τις αποφάσεις που αναφέρονται στο έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης.

Ποιος μπορεί να συναινέσει σε μια δωρεά εάν επιλέξω να μην δηλώσω τις επιθυμίες μου αυτή τη στιγμή;

Είναι σημαντικό να σημειώσετε τις επιθυμίες σας σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών και/ή ιστών στον αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης ή στο «πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης», στα μέλη της οικογένειάς σας και στο πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για τη διάθεση της σορού σας. Εάν δεν έχετε ήδη γνωστοποιήσει την επιθυμία σας να γίνετε ή να μην γίνετε δωρητής οργάνων ή/και ιστών, ο νόμος της Νέας Υόρκης παρέχει έναν κατάλογο ατόμων που είναι εξουσιοδοτημένα να συναινέσουν στη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών εκ μέρους σας. Αναφέρονται ως εξής, με σειρά προτεραιότητας: ο αντιπρόσωπος/πληρεξούσιος υγειονομικής περίθαλψης, ο σύζυγός σας, εάν δεν έχετε χωρίσει νομικά, ή ο σύντροφός σας, ο γιος ή η κόρη σας, δεδομένου ότι είναι 18 ετών ή μεγαλύτεροι, ένας από τους γονείς σας, ο αδελφός ή η αδελφή σας, δεδομένου ότι είναι 18 ετών ή μεγαλύτεροι, ένα ενήλικο εγγόνι, ένας παππούς ή μια γιαγιά, ένας κηδεμόνας που έχει διοριστεί για εσάς από δικαστήριο πριν από το θάνατό σας ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο εξουσιοδοτημένο να διαθέσει τη σορό σας.

Οδηγίες έντυπου πληρεξούσιου υγειονομικής περίθαλψης

Στοιχείο (1)

Γράψτε το όνομα, τη διεύθυνση κατοικίας και τον αριθμό τηλεφώνου του προσώπου που επιλέγετε ως αντιπρόσωπο.

Στοιχείο (2)

Εάν θέλετε να ορίσετε έναν αναπληρωτή αντιπρόσωπο, γράψτε το όνομα, τη διεύθυνση κατοικίας και τον αριθμό τηλεφώνου του προσώπου που επιλέγετε ως αναπληρωτή αντιπρόσωπο.

Στοιχείο (3)

Το πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης θα παραμείνει σε ισχύ επ' αόριστον, εκτός εάν ορίσετε ημερομηνία λήξης ή όρο για τη λήξη του. Αυτή η ενότητα είναι προαιρετική και πρέπει να συμπληρώνεται μόνο εάν θέλετε να λήξει η ισχύς του πληρεξούσιου υγειονομικής περίθαλψης.

Στοιχείο (4)

Εάν έχετε ειδικές οδηγίες για τον αντιπρόσωπό σας, γράψτε τις εδώ. Επίσης, εάν επιθυμείτε να περιορίσετε την εξουσία του αντιπροσώπου σας με οποιονδήποτε τρόπο, μπορείτε να το δηλώσετε εδώ ή να το συζητήσετε με τον αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης. Εάν δεν δηλώσετε περιορισμούς, ο αντιπρόσωπός σας θα μπορεί να λαμβάνει όλες τις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης που θα μπορούσατε να είχατε λάβει, συμπεριλαμβανομένης της απόφασης να συναινέσετε ή να αρνηθείτε θεραπεία διατήρησης της ζωής.

Εάν θέλετε να δώσετε στον αντιπρόσωπό σας ευρεία εξουσία, μπορείτε να το κάνετε απευθείας στο έντυπο. Απλά γράψτε:

Έχω συζητήσει τις επιθυμίες μου με τον αντιπρόσωπο υγειονομικής περίθαλψης και τον αντικαταστάτη του και γνωρίζουν τις επιθυμίες μου, συμπεριλαμβανομένων εκείνων σχετικά με την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση.

Αν θέλετε να δώσετε πιο συγκεκριμένες οδηγίες, θα μπορούσατε να πείτε:

Εάν νοσήσω με ανίατη ασθένεια, θέλω/δεν θέλω να λάβω τα ακόλουθα είδη θεραπειών...

Εάν βρίσκομαι σε κώμα ή έχω μικρή συνειδητή αντίληψη, χωρίς ελπίδα ανάκαμψης, τότε θέλω/δεν θέλω τους ακόλουθους τύπους θεραπειών:...

Εάν έχω εγκεφαλική βλάβη ή εγκεφαλική νόσο που με καθιστά ανίκανο να αναγνωρίσω τους ανθρώπους ή να μιλήσω και δεν υπάρχει ελπίδα ότι η κατάστασή μου θα βελτιωθεί, επιθυμώ/δεν επιθυμώ τα ακόλουθα είδη θεραπειών:...

Έχω συζητήσει με τον αντιπρόσωπό μου τις επιθυμίες μου σχετικά με _____ και θέλω ο αντιπρόσωπός μου να λαμβάνει όλες τις αποφάσεις σχετικά με αυτά τα θέματα.

Παραδείγματα ιατρικών θεραπειών για τις οποίες μπορεί να επιθυμείτε να δώσετε στον αντιπρόσωπό σας ειδικές οδηγίες παρατίθενται παρακάτω. Ο κατάλογος αυτός δεν είναι πλήρης:

- τεχνητή αναπνοή
- τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση (παροχή τροφής και νερού μέσω σωλήνα σίτισης)
- καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)
- αντιψυχασική φαρμακευτική αγωγή
- θεραπεία με ηλεκτροσόκ
- αντιβιοτικά
- χειρουργικές επεμβάσεις
- αιμοκάθαρση
- μεταμόσχευση
- μεταγγίσεις αίματος
- άμβλωση
- αποστείρωση

Στοιχείο (5)

Πρέπει να χρονολογήσετε και να υπογράψετε το παρόν έντυπο πληρεξούσιου υγειονομικής περίθαλψης. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε μόνοι σας, μπορείτε να αναθέσετε σε κάποιον άλλον να υπογράψει παρουσία σας. Βεβαιωθείτε ότι περιλαμβάνετε τη διεύθυνσή σας.

Στοιχείο (6)

Μπορείτε να δηλώσετε επιθυμίες ή οδηγίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών σε αυτό το έντυπο. Ο νόμος της Νέας Υόρκης προβλέπει ότι ορισμένα άτομα με σειρά προτεραιότητας μπορούν να συναινέσουν σε δωρεά οργάνων, οφθαλμών και/ή ιστών εκ μέρους σας: ο διορισμένος από εσάς αντιπρόσωπος / πληρεξούσιος υγειονομικής περίθαλψης, ο διορισμένος από εσάς αντιπρόσωπος για τον έλεγχο της διάθεσης της σορού σας, ο σύζυγός σας, εάν δεν έχετε χωρίσει νομικά, ή ο σύντροφός σας, ο γιος ή η κόρη σας, δεδομένου ότι είναι 18 ετών ή μεγαλύτεροι, ένας από τους γονείς σας, ο αδελφός ή η αδελφή σας, δεδομένου ότι είναι 18 ετών ή μεγαλύτεροι, ένα ενήλικο εγγόνι, ένας παππούς ή μια γιαγιά, ένας κηδεμόνας που έχει διοριστεί από δικαστήριο πριν από το θάνατό σας ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο εξουσιοδοτημένο να διαθέσει τη σορό σας.

Στοιχείο (7)

Δύο μάρτυρες ηλικίας 18 ετών και άνω πρέπει να υπογράψουν το παρόν έντυπο πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης. Το πρόσωπο που έχει διοριστεί αντιπρόσωπος ή αναπληρωτής αντιπρόσωπός σας δεν μπορεί να υπογράψει ως μάρτυρας.

Πληρεξούσιο υγειονομικής περίθαλψης

(1) **ΕΓΩ,** _____

με το παρόν διορίζω τον/τη _____
(όνομα, διεύθυνση κατοικίας και τηλέφωνο)

ως αντιπρόσωπό υγειονομικής περίθαλψης για τη λήψη κάθε είδους αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης για μένα, εκτός εάν δηλώνω διαφορετικά. Το παρόν πληρεξούσιο τίθεται σε ισχύ μόνο όταν και εφόσον δεν μπορώ να λάβω τις δικές μου αποφάσεις για την υγειονομική μου περίθαλψη.

(2) **Προαιρετικά: Αναπληρωτής Αντιπρόσωπος**

Εάν το πρόσωπο που διορίζω δεν είναι σε θέση, δεν επιθυμεί ή δεν είναι διαθέσιμο να ενεργήσει ως αντιπρόσωπος της υγειονομικής μου περίθαλψης,

Με το παρόν διορίζω τον/τη _____
(όνομα, διεύθυνση κατοικίας και τηλέφωνο)

ως αντιπρόσωπό υγειονομικής περίθαλψης για τη λήψη κάθε είδους αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης για μένα, εκτός εάν δηλώνω διαφορετικά.

(3) Εάν δεν την ανακαλέσω ή δεν αναφέρω ημερομηνία λήξης ή περιστάσεις υπό τις οποίες θα λήξει, το παρόν πληρεξούσιο θα παραμείνει σε ισχύ επ' αόριστον. (Προαιρετικά: Εάν θέλετε αυτό το πληρεξούσιο να λήξει, αναφέρετε εδώ την ημερομηνία ή τους όρους.) Αυτό το πληρεξούσιο λήγει (προσδιορίστε την ημερομηνία ή τους όρους):

(4) **Προαιρετικά:** Αναθέτω στον αντιπρόσωπό για την υγειονομική μου περίθαλψη να λαμβάνει αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με τις επιθυμίες και τους περιορισμούς μου, όπως γνωρίζει ή όπως αναφέρεται παρακάτω. (Εάν θέλετε να περιορίσετε την εξουσία του αντιπροσώπου σας στη λήψη αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό σας ή στην παροχή συγκεκριμένων οδηγιών, μπορείτε να δηλώσετε εδώ τις επιθυμίες ή τους περιορισμούς σας.) Αναθέτω στον αντιπρόσωπό για την υγειονομική μου περίθαλψη να λαμβάνει αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με τους ακόλουθους περιορισμούς ή/και οδηγίες (επισυνάψτε πρόσθετες σελίδες εφόσον είναι απαραίτητο):

Για να μπορεί ο αντιπρόσωπός σας να λαμβάνει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό σας σχετικά με την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση (τροφή και νερό που παρέχεται μέσω σωλήνα σίτισης και ενδοφλέβιας γραμμής), ο αντιπρόσωπός σας πρέπει να γνωρίζει επαρκώς τις επιθυμίες σας. Μπορείτε είτε να πείτε στον αντιπρόσωπό σας ποιες είναι οι επιθυμίες σας είτε να τις συμπεριλάβετε σε αυτή την ενότητα. Ανατρέξτε στις οδηγίες για δείγματα διατύπωσης που θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε εάν επιλέξετε να συμπεριλάβετε τις επιθυμίες σας σε αυτό το έντυπο, συμπεριλαμβανομένων των επιθυμιών σας σχετικά με την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση.

(5) Η ταυτότητά σας (συμπληρώστε ολογράφως και με κεφαλαία)

Το όνομα σας _____

Η υπογραφή σας _____ Ημερομηνία _____

Η διεύθυνση σας _____

(6) Προαιρετικά: Δωρεά οργάνων, ματιών ή/και ιστών

Με το παρόν δηλώνω ότι, με ισχύ μετά το θάνατό μου, κάνω δωρεά των:

(επιλέξτε ό,τι ισχύει)

Οποιαδήποτε απαραίτητα όργανα, μάτια ή/και ιστούς

Τα ακόλουθα όργανα, μάτια ή/και ιστούς

Περιορισμοί _____

Εάν δεν δηλώσετε τις επιθυμίες ή τις οδηγίες σας σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οφθαλμών ή/και ιστών σε αυτό το έντυπο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν επιθυμείτε να προβείτε σε δωρεά ή ότι δεν εμποδίζετε ένα πρόσωπο, το οποίο είναι διαφορετικά εξουσιοδοτημένο από το νόμο, να συναινέσει σε δωρεά εκ μέρους σας.

Η υπογραφή σας _____ Ημερομηνία _____

(7) Δήλωση μαρτύρων (Οι μάρτυρες πρέπει να είναι 18 ετών ή μεγαλύτεροι και δεν μπορούν να είναι ο αντιπρόσωπος ή ο αναπληρωτής αντιπρόσωπος υγειονομικής περίθαλψης).

Δηλώνω ότι το πρόσωπο που υπέγραψε το παρόν έγγραφο είναι προσωπικά γνωστό σε μένα και φαίνεται να έχει σώας τας φρένας και να ενεργεί με τη θέλησή του. Υπέγραψε (ή ζήτησε από άλλον να υπογράψει γι' αυτόν) αυτό το έγγραφο παρουσία μου.

Μάρτυρας 1

Ημερομηνία _____

Όνομα (ολογράφως με κεφαλαία) _____

Υπογραφή _____

Διεύθυνση _____

Μάρτυρας 2

Ημερομηνία _____

Όνομα (ολογράφως με κεφαλαία) _____

Υπογραφή _____

Διεύθυνση _____
