

عزيزي المشترك في البرنامج!
نرفق لكم استمارة الوكالة الطبية. لتجنب أي تأخير في تجهيز الوكالة، يُرجى اتباع التعليمات التالية:

1. اقرأ الصفحات من 1 إلى 6.
2. قم بملء الصفحات 7 و8 بالكامل.
3. مهم:
 - ✓ في القسم الأول، يجب كتابة اسمك واسم وكيلك للشؤون الصحية ورقم الهاتف و/أو العنوان.
 - ✓ لا يمكن أن يكون وكيلك للشؤون الصحية والشاهد على توقيعك نفس الشخص.
 - ✓ يجب أن تُدرج رقم هاتف وكيلك (أو وكلائك) للشؤون الصحية.
 - ✓ يجب أن تقوم بالتوقيع أنت والشهود في نفس التاريخ.
 - ✓ يجب أن يكون لديك شاهدان على توقيعك.
 - ✓ يجب أن تقوم بالتوقيع وتحديد التاريخ في القسم الخامس.
 - ✓ يجب ملء الصفحتين 1 و2.

4. أرسل النموذج عبر البريد، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني.
عنوان البريد: VillageCareMAX, 120 برودواي، مكتب 2840، نيويورك، NY 10271
فاكس: 212-337-5711
البريد الإلكتروني: VCMAXmembers@villagecare.org

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في ملء هذا النموذج، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 18552968800 (TTY 711) يوميًا من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً.

مع أطيب التحيات،
فريق VillageCareMAX

وكيل الرعاية الصحية

تعيين وكيل الرعاية الصحية الخاص بك في ولاية نيويورك

يسمح لك قانون وكيل الرعاية الصحية في نيويورك بتعيين شخص تثق به - على سبيل المثال ، أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب - لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا فقدت القدرة على اتخاذ القرارات بنفسك. من خلال تعيين وكيل رعاية صحية ، يمكنك التأكد من أن مقدمي الرعاية الصحية يتبعون رغباتك. ومع تغير حالتك الطبية، يمكن لوكيلك أيضا أن يقرر كيفية تطبيق رغباتك. يجب على المستشفيات والأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين اتباع قرارات وكيلك كما لو كانت قراراتك. يمكنك منح الشخص الذي تختاره كوكيل رعاية صحية أقل قدر ممكن من السلطة أو أكبر قدر حسبما تريد. يمكنك السماح لوكيلك باتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية أو قرارات معينة فقط. يمكنك أيضا إعطاء وكيلك تعليمات يجب عليه اتباعها. يمكن أيضا استخدام هذا النموذج لتوثيق رغباتك أو تعليماتك فيما يتعلق بالتبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة.

حول نموذج وكيل الرعاية الصحية

هذه وثيقة قانونية مهمة. قبل التوقيع ، يجب أن تفهم الحقائق التالية:

1. يمنح هذا النموذج الشخص الذي تختاره وكيلًا لك سلطة اتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك ، بما في ذلك قرار توقف أو توفير علاج يحافظ على الحياة ، ما لم تحدد خلاف ذلك في هذا النموذج. "الرعاية الصحية" تعني أي علاج أو خدمة أو إجراء لتشخيص أو علاج حالتك البدنية أو الذهنية.
2. ما لم يكن وكيلك يعرف بشكل معقول رغباتك حول التغذية الاصطناعية والمياه (التغذية والماء الذي يوفره أنبوب التغذية أو الخط الوريدي) ، فلن يسمح له أو لها برفض أو الموافقة على هذه التدابير نيابة عنك.
3. سيبدأ وكيلك في اتخاذ القرارات نيابة عنك عندما يقرر طبيبك أنك غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.
4. يمكنك أن تكتب على هذا النموذج أمثلة على أنواع العلاجات التي لا ترغب فيها و / أو تلك العلاجات التي تريد التأكد من تلقيها. يمكن استخدام التعليمات للحد من سلطة صنع القرار للوكيل. يجب على وكيلك اتباع تعليماتك عند اتخاذ القرارات نيابة عنك.
5. لا تحتاج إلى محام لملء هذا النموذج.
6. يمكنك اختيار أي شخص بالغ (١٨ عاما أو أكثر)، بما في ذلك أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب ، ليكون وكيلك لك. إذا اخترت طبيبا كوكيل لك، فسيتعين عليه الاختيار بين العمل كوكيل لك أو كطبيبك المعالج لأن الطبيب لا يستطيع القيام بالأمرين في نفس الوقت. أيضا ، إذا كنت مريضا أو مقيما في مستشفى أو دار لرعاية المسنين أو مرفق للصحة العقلية ، فهناك قيود خاصة حول تسمية شخص يعمل في هذا المرفق كوكيل لك. اطلب من الموظفين في المنشأة شرح هذه القيود.
7. قبل تعيين شخص ما كوكيل للرعاية الصحية الخاصة بك ، ناقش الأمر معه للتأكد من أنه على استعداد للعمل كوكيل لك. أخبر الشخص الذي تختاره أنه سيكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك. ناقش رغباتك في الرعاية الصحية وهذا النموذج مع وكيلك. تأكد من إعطائه نسخة موقعة. لا يمكن مقاضاة وكيلك على قرارات الرعاية الصحية المتخذة بحسن نية.
8. إذا قمت بتعيين زوجك/ زوجتك كوكيل رعاية صحية لك وأصبحت فيما بعد مطلقا أو منفصلا قانونيا ، فلن يكون زوجك/زوجتك السابق وكيلك بموجب القانون ، إلا إذا كنت تذكر خلاف ذلك. إذا كنت ترغب في أن يظل زوجك/زوجتك السابق وكيلك لك ، فيمكنك كتابة ملاحظة بذلك في النموذج الحالي الخاص بك وتاريخه أو إكمال نموذج جديد يسمي زوجك/ زوجتك السابقة.
9. على الرغم من أنك وقعت على هذا النموذج ، إلا أنه يحق لك اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك طالما كنت قادرا على القيام بذلك ، ولا يمكن توفير العلاج لك أو إيقافه إذا اعترضت ، ولن يكون لدى وكيلك أي سلطة للاعتراض.
10. يمكنك إلغاء السلطة الممنوحة لوكيلك عن طريق إخباره أو إخبار مقدم الرعاية الصحية الخاص بك شفويا أو كتابيا.
11. تعيين وكيل رعاية صحية أمر طوعي. لا يمكن لأحد أن يطلب منك تعيين واحد.
12. يمكنك التعبير عن رغباتك أو تعليماتك المتعلقة بالتبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة في هذا النموذج.

الأسئلة المتكررة كثيراً

لماذا يجب على اختيار وكيل رعاية صحية ؟

إذا أصبحت غير قادر ، حتى مؤقتاً ، على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية ، فيجب على شخص آخر أن يقرر نيابة عنك. غالباً ما يتطلع مقدمو الرعاية الصحية إلى أفراد الأسرة للحصول على الإرشادات. قد يعبر أفراد الأسرة عما يعتقدون أنها رغباتك المرتبطة بعلاج معين . يتيح لك تعيين وكيل التحكم في علاجك الطبي من خلال:

- السماح لوكيلك باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك كما تريد أنت؛
- اختيار شخص واحد لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنك تعتقد أن هذا الشخص سيتخذ أفضل القرارات ؛
- اختيار شخص واحد لتجنب الصراع أو الارتباك بين أفراد الأسرة و / أو الآخرين المهمين.

يمكنك أيضاً تعيين وكيل بديل لتولي المسؤولية إذا كان خيارك الأول لا يستطيع اتخاذ القرارات نيابة عنك.

من يمكنه أن يكون وكيل رعاية صحية؟

يمكن لأي شخص يبلغ من العمر ١٨ عاماً أو أكثر أن يكون وكيل رعاية صحية. لا يمكن للشخص الذي تعيينه وكيلاً لك أو وكيلك البديل التوقيع كشاهد على نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

كيف يمكنني تعيين وكيل رعاية صحية؟

يمكن لجميع البالغين الأكفاء ، الذين يبلغون من العمر ١٨ عاماً أو أكثر ، تعيين وكيل رعاية صحية عن طريق التوقيع على نموذج يسمى وكيل الرعاية الصحية. لا تحتاج إلى محام أو كاتب عدل ، فقط شاهدان بالغان. لا يمكن لوكيلك التوقيع كشاهد. يمكنك استخدام النموذج المطبوع هنا، ولكن ليس عليك استخدامه.

متى سيبدأ وكيل الرعاية الصحية الخاص بي في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني؟

سيبدأ وكيل الرعاية الصحية الخاص بك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بعد أن يقرر طبيبك أنك غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك. طالما كنت قادراً على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك ، سيكون لديك الحق في القيام بذلك.

ما هي القرارات التي يمكن أن يتخذها وكيل الرعاية الصحية الخاص بي؟

ما لم تحد من سلطة وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ، سيتمكن وكيلك من اتخاذ أي قرار للرعاية الصحية كان يمكنك اتخاذها إذا كنت قادراً على اتخاذ قرار بنفسك. يمكن لوكيلك أن يوافق على تلقيك العلاج ، والاختيار من بين العلاجات المختلفة ويقرر عدم تقديم العلاجات ، وفقاً لرغباتك واهتماماتك. إلا أنه ، لا يمكن لوكيلك اتخاذ قرارات بشأن التغذية الاصطناعية والمياه (التغذية والماء الذي يوفره أنبوب التغذية أو الخط الوريدي) إلا إذا كان يعرف رغباتك من خلال ما صرحت به بالقول أو الكتابة. لا يمنح نموذج وكيل الرعاية الصحية وكيلك القدرة على اتخاذ قرارات غير الرعاية الصحية نيابة عنك ، مثل القرارات المالية.

لماذا أحتاج إلى تعيين وكيل رعاية صحية إذا كنت شاباً وبصحة جيدة؟

يعد تعيين وكيل رعاية صحية فكرة جيدة على الرغم من أنك لست مسناً أو مريضاً بمرض عضال. يمكن لوكيل الرعاية الصحية أن يتصرف نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر مؤقتاً على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك (مثل ما قد يحدث إذا كنت تحت التخدير العام أو أصبحت في غيبوبة بسبب حادث). عندما تصبح قادراً مرة أخرى على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك ، لن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك مخولاً بالتصرف.

كيف سيتخذ وكيل الرعاية الصحية الخاص بي القرارات؟

يجب على وكيلك اتباع رغباتك ، وكذلك معتقداتك الأخلاقية والدينية . يمكنك كتابة تعليمات على نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك أو ببساطة مناقشتها مع وكيلك.

الأسئلة المتكررة كثيراً، تتبع

كيف سيعرف وكيل الرعاية الصحية رغباتي؟

إن إجراء مناقشة مفتوحة وصريحة حول رغباتك مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك سيضعه في وضع أفضل لخدمة مصالحك. إذا كان وكيلك لا يعرف رغباتك أو معتقداتك ، فإن وكيلك مطالب قانوناً بالتصرف في مصلحتك الفضلى. لأن هذه مسؤولية كبيرة بالنسبة للشخص الذي تعينه كوكيل رعاية صحية خاص بك ، يجب أن تجري مناقشة مع الشخص حول أنواع العلاجات التي تريدها أو لا تريدها بموجب مختلف أنواع الظروف، مثل:

- ما إذا كنت ترغب في بدء / استمرار / إزالة دعم الحياة إذا كنت في غيبوبة دائمة ؛
- ما إذا كنت ترغب في بدء / استمرار / إزالة العلاجات إذا كنت تعاني من مرض عضال ؛
- ما إذا كنت ترغب في بدء/ حجب التغذية الاصطناعية والترطيب أو استمرارها أو سحبها وتحت أي أنواع من الظروف.

هل يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي نقض رغباتي أو تعليمات العلاج المسبقة؟

لا ، وكيلك ملزم باتخاذ القرارات بناء على رغباتك. إذا أعربت بوضوح عن رغبات معينة ، أو أعطيت تعليمات علاج معينة ، فإن وكيلك عليه واجب اتباع تلك الرغبات أو التعليمات ما لم يكن لديه اعتقاد حسن النية بأن رغباتك تغيرت أو لا تنطبق على الظروف.

من سيولي الاهتمام لوكيلي؟

وفق القانون، يطلب من جميع المستشفيات ودور رعاية المسنين والأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، تزويد وكيل الرعاية الصحية الخاص بك بنفس المعلومات التي سيتم توفيرها لك واحترام القرارات التي يتخذها وكيلك كما لو كانت قد اتخذت من قبلك. إذا اعترض مستشفى أو دار رعاية على بعض خيارات العلاج (مثل إزالة علاج معين) ، فيجب عليهم إخبارك أو وكيلك قبل أو عند الدخول ، إذا كان ذلك معقولاً ممكن.

ماذا لو لم يكن وكيل الرعاية الصحية الخاص بي متاحاً عندما يجب اتخاذ القرارات؟

يمكنك تعيين وكيل بديل ليقرر لك في حال كون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك غير متاح أو غير قادر أو غير راغب في التصرف عند اتخاذ القرارات. خلاف ذلك ، سيتخذ مقدمو الرعاية الصحية قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك التي تتبع التعليمات التي قدمتها بينما كنت لا تزال قادراً على القيام بذلك. أي تعليمات تكتبها على نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ستوجه مقدمي الرعاية الصحية في ظل هذه الظروف.

ماذا لو غيرت رأيي؟

من السهل إلغاء وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ، أو تغيير الشخص الذي اخترته كوكيل رعاية صحية أو تغيير أي تعليمات أو قيود قمت بتضمينها في النموذج. ما عليك سوى ملء نموذج جديد. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الإشارة إلى انتهاء صلاحية وكيل الرعاية الصحية الخاص بك في تاريخ محدد أو في حالة حدوث أحداث معينة. خلاف ذلك ، سيكون وكيل الرعاية الصحية صالحاً إلى أجل غير مسمى. إذا اخترت زوجك/ زوجتك كوكيل رعاية صحية لك أو كبديل، وحصلت على الطلاق أو الانفصال القانوني، يتم إلغاء التكليف تلقائياً. إلا إذا كنت ترغب في أن يظل زوجك/ زوجتك السابق/ة وكيلًا لك ، فيمكنك الإشارة إلى ذلك في النموذج الحالي الخاص بك وتاريخه أو إكمال نموذج جديد يسمى زوجك/ زوجتك السابق/ة.

هل يمكن أن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي مسؤولاً قانونياً عن القرارات المتخذة نيابة عني؟

لا. لن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك مسؤولاً عن قرارات الرعاية الصحية المتخذة بحسن نية نيابة عنك. أيضاً ، لا يمكن اعتباره مسؤولاً عن تكاليف رعايتك ، لمجرد أنه وكيلك.

الأسئلة المتكررة كثيراً، يتبع

هل وكيل الرعاية الصحية هو ذاته وصية الأحياء؟

لا. وصية الأحياء هي وثيقة توفر تعليمات محددة حول قرارات الرعاية الصحية. يمكنك وضع هذه التعليمات على نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك. يسمح لك وكيل الرعاية الصحية باختيار شخص تثق به لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك. على عكس وصية الأحياء، لا يتطلب وكيل الرعاية الصحية أن تقرر مسبقاً القرارات التي قد تنشأ. بدلاً من ذلك، يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك تفسير رغباتك مع تغير الظروف الطبية ويمكنه اتخاذ قرارات لم تكن تعرف أنه يجب اتخاذها.

أين يجب أن أحتفظ بنموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بي بعد توقيعه؟

أعط نسخة إلى وكيلك وطبيبك ومحاميك وأي أفراد آخرين من العائلة أو الأصدقاء المقربين الذين تريدهم. احتفظ بنسخة في محفظتك أو حقيبتك أو مع أوراق مهمة أخرى، ولكن ليس في مكان لا يمكن لأحد الوصول إليه، مثل صندوق ودائع آمن. أحضر نسخة إذا تم إدخالك إلى المستشفى، حتى لجراحة بسيطة، أو إذا كنت تخضع لجراحة في العيادات الخارجية.

هل يمكنني استخدام نموذج وكيل الرعاية الصحية للتعبير عن رغباتي بشأن التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة؟

نعم. استخدم قسم التبرع بالأعضاء والأنسجة الاختياري في نموذج وكيل الرعاية الصحية وتأكد من أن هناك شاهداً على هذا القسم. يمكنك تحديد استخدام أعضائك و / أو أنسجتك لأغراض الزرع أو البحث أو التعليم. يجب ذكر أي قيود مرتبطة برغباتك في هذا القسم من التوكيل. لن يؤخذ الفشل في تضمين رغباتك وتعليماتك في نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك على أنه يعني أنك لا تريد أن تكون متبرعاً بالأعضاء و / أو الأنسجة.

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

نعم. اعتباراً من ٢٦ أغسطس ٢٠٠٩، يحق لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك اتخاذ قرارات بعد وفاتك، ولكن فقط تلك المتعلقة بالتبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة. يجب على وكيل الرعاية الصحية الخاص بك اتخاذ مثل هذه القرارات كما هو مذكور في نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

من يمكنه الموافقة على التبرع إذا اخترت عدم ذكر رغباتي في الوقت الحالي؟

من المهم ذكر رغباتك حول التبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة إلى وكيل الرعاية الصحية الخاص بك، والشخص المعين كوكيل للمتوفى، إذا تم تعيين واحد، وأفراد عائلتك. يوفر قانون نيويورك قائمة بالأفراد المصرح لهم بالموافقة على التبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة نيابة عنك. يتم سردها حسب ترتيب الأولوية: وكيل الرعاية الصحية الخاص بك، وكيل المتوفى الخاص بك، زوجتك، إذا لم تكن منفصلاً قانونياً، أو شريكك المنزلي، ابن أو ابنة يبلغ من العمر ١٨ عاماً أو أكثر، أي من والديك، أخ أو أخت يبلغ من العمر ١٨ عاماً أو أكثر، وصي تعيينه المحكمة قبل وفاة المتبرع، أو شخص آخر مخول بالتصرف في الجثة.

تعليمات استمارة وكيل الرعاية الصحية

البند (1)

اكتب اسم وعنوان المنزل ورقم هاتف الشخص الذي تختاره كوكيلك.

البند (2)

إذا كنت ترغب في تعيين وكيل بديل، فاكتب اسم الشخص الذي تختاره كوكيل بديل وعنوانه ورقم هاتفه.

البند (3)

سيظل وكيل الرعاية الصحية الخاص بك صالحا إلى أجل غير مسمى ما لم تحدد تاريخ انتهاء صلاحية أو شرطا لانتهاء صلاحيته. هذا القسم اختياري ويجب ملؤه فقط إذا كنت تريد انتهاء صلاحية وكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

البند (4)

إذا كان لديك تعليمات خاصة لوكيلك، فاكتبها هنا. أيضا، إذا كنت ترغب في الحد من سلطة وكيلك بأي شكل من الأشكال، فيمكنك ذكر ذلك هنا أو مناقشتها مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك. إذا لم تذكر أي قيود، فسيسمح لوكيلك باتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية التي كان بإمكانك اتخاذها، بما في ذلك قرار الموافقة على أو رفض العلاج الذي يحافظ على الحياة.

إذا كنت ترغب في منح وكيلك سلطة واسعة، فيمكنك القيام بذلك مباشرة في النموذج. ببساطة اكتب: لقد ناقشت رغباتي مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بي والبديل وهم يعرفون رغباتي بما في ذلك تلك المتعلقة بالتغذية الاصطناعية والترطيب.

إذا كنت ترغب في وضع تعليمات أكثر تحديدا، فيمكنك القول:

إذا أصبت بمرض عضال، فأنا أريد / لا أريد تلقي الأنواع التالية من العلاجات....

إذا كنت في غيبوبة أو لدي القليل من الفهم الواعي، مع عدم وجود أمل في الشفاء، فأنا أريد / لا أريد الأنواع التالية من العلاجات....

إذا كنت أعاني من تلف في الدماغ أو مرض في الدماغ يجعلني غير قادر على التعرف على الأشخاص أو التحدث وليس هناك أمل في أن تتحسن حالتي، فأنا أريد / لا أريد الأنواع التالية من العلاجات....

لقد ناقشت مع وكيلي رغباتي حول _____ وأريد أن يتخذ وكيلي جميع القرارات بشأن هذه التدابير.

فيما يلي أمثلة على العلاجات الطبية التي قد ترغب في إعطاء وكيلك تعليمات خاصة بشأنها. هذه ليست قائمة كاملة:

- التنفس الاصطناعي
- التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يوفرها أنبوب التغذية)
- الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)
- الأدوية المضادة للذهان
- العلاج بالصدمة الكهربائية
- المضادات الحيوية
- العمليات الجراحية
- غسيل الكلي
- زرع
- عمليات نقل الدم
- أجهزة
- تعقيم

البند (5)

يجب عليك تأريخ نموذج وكيل الرعاية الصحية هذا وتوقيعه. إذا لم تتمكن من التوقيع بنفسك، فيمكنك توجيه شخص آخر للتوقيع بحضورك. تأكد من تضمين عنوانك.

البند (6)

يمكنك ذكر رغبات أو تعليمات حول التبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة في هذا النموذج. ينص قانون نيويورك على بعض الأفراد حسب الأولوية للموافقة على التبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة نيابة عنك: وكيل الرعاية الصحية الخاص بك، وكيل المتوفى، زوجك / زوجتك، إذا لم تكن منفصلا قانونيا، أو شريكك المنزلي، أو ابن أو ابنة يبلغ من العمر ١٨ عاما أو أكثر، أي من والديك، أخ أو أخت يبلغ من العمر ١٨ عاما أو أكثر، وصيا تعيينه المحكمة قبل وفاة المتبرع.

البند (7)

يجب على شاهدين يبلغان من العمر ١٨ عاما أو أكثر التوقيع على نموذج وكيل الرعاية الصحية هذا. لا يمكن للشخص الذي تم تعيينه وكيلًا لك أو وكيلًا بديلا لك التوقيع كشاهد.

وكيل الرعاية الصحية

(1) بموجب هذا، انا

أعين

(الاسم والعنوان والهاتف)

كوكيل رعاية صحية لي لاتخاذ أي وجميع قرارات الرعاية الصحية بالنسبة لي، إلا بقدر ما أذكر خلاف ذلك. لا يسري مفعول هذا الوكيل إلا عندما وإذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي.

(2) اختياري: الوكيل البديل

إذا كان الشخص الذي أعينه غير قادر أو غير راغب أو غير متاح للعمل كوكيل رعاية صحية خاص بي ، أعين بموجب هذا

(الاسم والعنوان والهاتف)

كوكيل رعاية صحية لي لاتخاذ أي وجميع قرارات الرعاية الصحية بالنسبة لي ، إلا بقدر ما أذكر خلاف ذلك.

(3) ما لم أقم بإلغائه أو ذكر تاريخ انتهاء الصلاحية أو الظروف التي ستنتهي بموجبها، يظل هذا الوكيل ساريا إلى أجل غير مسمى. (اختياري: إذا كنت تريد انتهاء صلاحية هذا الوكيل، فاذكر التاريخ أو الشروط هنا). تنتهي صلاحية هذا الوكيل (حدد التاريخ أو الشروط):

(4) اختياري: أوجه وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقا لرغباتي وحدودي، كما يعلم أو كما هو مذكور أدناه. (إذا كنت ترغب في الحد من سلطة وكيلك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك أو إعطاء تعليمات محددة ، فيمكنك ذكر رغباتك أو قيودك هنا). أوجه وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقا للقيود و / أو التعليمات التالية (إرفاق صفحات إضافية حسب الضرورة):

لكي يتخذ وكيلك قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بشأن التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يوفرها أنبوب التغذية والخط الوريدي)، يجب أن يعرف وكيلك رغباتك بشكل معقول. يمكنك إما إخبار وكيلك برغباتك أو تضمينها في هذا القسم. راجع التعليمات الخاصة بعينة اللغة التي يمكنك استخدامها إذا اخترت تضمين رغباتك في هذا النموذج، بما في ذلك رغباتك حول التغذية الاصطناعية والترطيب.

(5) بطاقة الهوية الخاصة بك (يرجى الكتابة بوضوح)

اسمك

تاريخ

عنوانك

(6) اختياري: التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة

أقدم بموجب هذا هدية تشريحية، لتكون فعالة عند وفاتي، من:
(تحقق من أي ما ينطبق)

☐ أي أعضاء و/أو الأنسجة ذات احتياج

☐ الأعضاء و/أو الأنسجة التالية

☐ القيود

إذا لم تذكر رغباتك أو تعليماتك حول التبرع بالأعضاء و / أو الأنسجة في هذا النموذج ، فلن يؤخذ ذلك على أنه يعني أنك لا ترغب في التبرع أو منع أي شخص، مخول بخلاف ذلك بموجب القانون، من الموافقة على التبرع نيابة عنك.

توقيعك

التاريخ

1. بيان الشهود (يجب أن يكون عمر الشهود 18 عاما أو أكثر ولا يمكن أن يكونوا وكيل الرعاية الصحية أو البديل).

بموجب هذا أعلن أن الشخص الذي وقع على هذه الوثيقة معروف لي شخصيا ويبدو أنه سليم العقل ويتصرف بمحض إرادته. وقع (أو طلب من شخص آخر التوقيع نيابة عنه) على هذه الوثيقة في حضوري.

الشاهد ١

التاريخ

الاسم (كتب بوضوح)

التوقيع

العنوان

الشاهد ٢

التاريخ

الاسم (اكتب بوضوح)

التوقيع

العنوان



Department
of Health