

Power of Attorney for Healthcare
Доверенность по вопросам здоровья
For/ Для

Name/Имя: _____

Date of Birth/Месяц, число и год рождения: _____

Address/Адрес: _____

Phone/Телефон: _____

Copies of this document have been given to
Копии данной доверенности выданы:

1. _____
2. _____
3. _____
3. _____
4. _____
3. _____

Courtesy of:

Оформляется бесплатно



Самоотверженная забота о пациентах

With thanks to:

Gundersen Lutheran Medical Foundation
End of Life Coalition: Support for Your Journey

Благодарим за помощь:

Лютеранский медицинский фонд Гандерсен
Коалицию «В конце жизненного пути: в помощь уходящему»

1 of 13/ Стр 1 из 13

(Pages 11 through 13 are optional/ Страницы 11-13 необязательны)

How to Complete This Power of Attorney for Health Care Как заполнять Доверенность по вопросам здоровья

Общие положения.

Прилагаемая форма Доверенности по вопросам здоровья является юридическим документом, который был разработан в соответствии с правовыми нормами штата Висконсин. Доверенность может не отвечать требованиям положений других штатов.

Данная Доверенность по вопросам здоровья позволяет вам уполномочить другое лицо принимать решения по вопросам здоровья за вас, если вы будете не в состоянии принимать эти решения сами. Это лицо, назначенное вами, будет выступать в роли вашего доверенного лица по вопросам здоровья. Данный документ дает вашему доверенному лицу право принимать решения за вас только после того, как врач(и) установил(и) вашу неспособность самостоятельно принимать подобные решения. Данный документ не дает вашему доверенному лицу полномочия принимать за вас финансовые и деловые решения. Кроме того, он не дает вашему доверенному лицу права принимать некоторые решения относительно вашего психиатрического лечения.

Внимательно прочтите форму Доверенности по вопросам здоровья, прежде чем заполнять ее. Очень важно также перед заполнением обсудить ваши взгляды, ценности и содержание данного документа с доверенным лицом! Без полноценного участия вашего доверенного лица по вопросам здоровья к вашим взглядам и ценностям могут впоследствии отнестись без должного уважения, поскольку они останутся непонятыми.

Последовательность заполнения данного документа.

1. Внимательно прочтите и выполните все указания по заполнению каждого раздела.
2. Внесите всю необходимую информацию на странице 1.
3. Раздел I --- назначение доверенного лица по вопросам здоровья - Заполните этот раздел, указав, по крайней мере, одно лицо, которое будет выступать в качестве вашего доверенного лица по вопросам здоровья, а также информацию об этом лице.
4. Раздел II --- Основные полномочия доверенного лица по вопросам здоровья – заполните, перечислив, какие услуги вы для себя выбираете.
5. Раздел III --- Придание документу юридического статуса
 - В присутствии свидетеля(ей) подпишите документ и поставьте дату на странице 9;
 - Попросите свидетеля(ей) подписать документ в вашем присутствии.
6. Раздел IV --- Изложение пожеланий - Заполните раздел с указанием особых инструкций или пожеланий.

После заполнения документа.

После того, как вы заполнили данный документ, вам рекомендуется:

1. хранить оригинал в надежном месте, куда вы будете иметь свободный доступ.
2. сделать копии, которые должны быть распределены в следующем порядке:

по одному экземпляру каждому назначенному доверенному лицу по вопросам здоровья, упомянутому в документе;

один экземпляр для хранения в медицинской карте в офисе у вашего лечащего врача

один экземпляр для любой больницы, куда вас госпитализируют или куда вы обратитесь за неотложной помощью;

дополнительные экземпляры для других лиц по вашему выбору (родных, священника/пастора/раввина, а также вашего адвоката).

Фотокопия или факсимиле документа имеют юридическую силу оригинала.

Доверенность по вопросам здоровья

Notice to Person Making this Document:

Памятка для лица, оформляющего этот документ.

Вы имеете право принимать решения относительно предоставляемых вам медицинских услуг. Медицинские услуги не могут быть вам предоставлены вопреки вашей воле, а необходимое лечение - приостановлено или отменено вопреки вашим возражениям.

Поскольку медицинские работники, оказывающие вам услуги, не всегда имеют возможность установить с вами долгосрочные отношения, зачастую им неизвестны ваши взгляды и ценности, а также тонкости ваших семейных отношений. Это может создать определенные трудности при потере вами физической или умственной способности самостоятельно принимать решения относительно предоставляемых медицинских услуг.

Во избежание этих трудностей вы можете оформить для себя данный юридический документ и указать в нем лицо, которому вы доверяете принимать за вас решения относительно лечения при потере вами способности лично принимать эти решения. Это лицо становится вашим доверенным лицом по вопросам здоровья. Вам необходимо подробно обсудить с назначенным вами лицом или лицами свои мысли и своё представление о медицинском лечении. В Доверенности вы можете указать все виды лечения, которые вы желаете или не желаете получать, а также указать границы полномочий вашего доверенного лица. Если вашему доверенному лицу неизвестны ваши желания относительно определенного медицинского решения, он или она должны определить, какое решение наиболее точно отвечало бы вашим интересам.

Данная форма является важным юридическим документом. Он дает доверенному лицу широкие полномочия принимать решения относительно вашего здоровья от вашего имени. Этот документ отзывает все ранее подписанные вами доверенности по вопросам здоровья. Если вы захотите изменить данную Доверенность, вы можете приостановить ее действие в любое время, уничтожив этот документ, поручив другому лицу уничтожить его в вашем присутствии, подписав и поставив дату в письменном заявлении или заявив в присутствии двух свидетелей, что Доверенность отменяется. В случае отмены Доверенности вы должны поставить в известность ваше доверенное лицо, вашего врача, а также всех, кто получил от вас копию Доверенности. Если вашим доверенным лицом является ваш супруг(а) и ваш брак расторгается или вы оформили развод после подписания Доверенности, то данный документ теряет свою силу.

Данная Доверенность может быть также использована для оформления анатомического пожертвования органов после вашей смерти или отказа от подобного пожертвования. Если в данном документе вы соглашаетесь или отказываетесь от анатомического пожертвования, то он отменяет все ранее оформленные документы относительно пожертвований. Вы можете отозвать или изменить ваше решение об анатомическом пожертвовании, заявленное в данном документе, просто вычеркнув из данной Доверенности пункт о пожертвовании органов.

Не подписывайте данный документ, не убедившись, что вам понятны все его положения. Оригинал данного документа рекомендуется хранить в учетах у вашего лечащего врача. Приложите данную страницу к заполненной Доверенности по вопросам здоровья.

Part I – Appointing a person to make my health care decisions when I cannot make my own health care decisions

Часть I - Назначение лица для принятия решений по вопросам здоровья на время, когда я буду не в состоянии самостоятельно принимать эти решения.

Если я потеряю способность самостоятельно принимать решения по вопросам здоровья, в данном документе указывается лицо, которое я назначаю для принятия решений от моего имени. Этому лицу отводится роль исполнителя по вопросам моего здоровья. Это лицо будет принимать за меня решения по вопросам здоровья, когда в отношении меня, согласно законам штата Висконсин, будет вынесено определение о неспособности принимать решения самостоятельно. Я понимаю, что как для меня, так и для моего доверенного лица по вопросам здоровья, очень важно вести постоянные переговоры о моем здоровье и о том, какое лечение я предпочитаю.

Инструкции по заполнению Части I.

Выбирая для себя доверенное лицо по вопросам состояния здоровья, остановите свой выбор на человеке, который хорошо вас знает, кому вы доверяете, кто готов уважать ваши взгляды и ценности и кто способен принимать трудные решения в стрессовых ситуациях. Выберите человека, который будет четко следовать вашим желаниям и станет для вас хорошим адвокатом. Отведите достаточно времени для обсуждения данного документа и ваших взглядов с лицом, которое вы выбираете вашим исполнителем по вопросам состояния здоровья.

Доверенное лицо должно быть не младше 18 лет; ваш врач или работник (супруг работника) вашего врача, или сотрудник вашего лечебного заведения не могут выступать в роли доверенного лица, если они не состоят с вами в близких родственных отношениях. В документе оставлено место для внесения альтернативных доверенных лиц по вопросам здоровья.

The person I choose as my Health Care Agent is:

Я выбираю следующее лицо в качестве своего доверенного по вопросам здоровья:

Name/Имя: _____

Номер телефона (днем)/: _____ Номер телефона (вечером): _____
Phone Number (Day) Phone Number (Evening)

Address/Адрес: _____

City/Город: _____ State/Штат: _____ Zip code/Почтовый индекс: _____

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent is:**

Если указанное доверенное лицо не может или не желает принимать решения от моего имени, **тогда следующей кандидатурой на роль доверенного прошу считать нижеуказанное лицо:**

Second Choice/Вторая кандидатура:

Name/Имя _____:

Номер телефона (днем): _____ Номер телефона (вечером): _____
Phone Number (Day) Phone Number (Evening)

Address/Адрес: _____

City/Город: _____ State/Штат: _____ Zip code/Почтовый индекс: _____

If this health care agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a health care agent is:**

Если указанное доверенное лицо не может или не желает принимать решения от моего имени, **тогда следующей кандидатурой на роль доверенного прошу считать нижеуказанное лицо:**

Third Choice/Третья кандидатура:

Name/Имя _____:

Номер телефона (днем): _____ Номер телефона (вечером): _____
Phone Number (Day) Phone Number (Evening)

Address/Адрес: _____

City/Город: _____ State/Штат: _____ Zip code/Почтовый индекс: _____

Part II – General Authority of the Health Care Agent

Часть II – Основные полномочия агента по вопросам здоровья.

Unless I have specified otherwise in this document, I want my Health Care Agent to be able to do the following:

Если мною в данном документе не указано иначе, я желаю, чтобы моё доверенное лицо по вопросам здоровья мог выполнить следующее:

- To make choices for me about my medical care or services, e.g., tests, medicine, and surgery, in accordance with my stated instructions or desires and/or my philosophy regarding the health care decisions I would make if I were able.

Делать выбор относительно медицинского ухода или услуг, то есть обследований, лекарств или операций в соответствии с высказанными мною инструкциями или пожеланиями и/или моим мировоззрением относительно медицинских решений, которые я бы принял сам будучи дееспособным.

- To interpret any instruction I have given in this form or given in other discussions according to my Health Care Agent’s understanding of my wishes and values.

Интерпретировать все мои инструкции, указанные в данной форме или высказанные во время обсуждений в другое время в соответствии с тем, как моё доверенное лицо понимает мои желания и ценности.

- To make choices for me based on what my Health Care Agent believes to be in my best interest if I have not expressed a health care choice about the health care in question and communication cannot be made with me.

Делать за меня выбор, исходя из того, что, по мнению моего доверенного лица, было бы в моих интересах, если я в свое время не сделал выбора по поводу медицинского лечения, о котором идет речь, а общение со мной стало невозможным.

- To review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

Просматривать и передавать другим лицам мои медицинские записи и личную документацию, если это необходимо для лечения.

- To move me to another state if needed; and

Перевозить меня в другой штат, если в этом возникнет необходимость; и

- To determine which health care professionals and organizations provide my medical treatment.

Определять, какие врачи и медицинские учреждения будут оказывать мне медицинские услуги.

Если после нескольких попыток связаться с моими доверенными лицами их не удастся найти, я прошу:

- обслуживающий меня медперсонал,
- вновь-назначенного опекуна, и/или
- кого-то из близких мне людей,

уполномоченных принимать решения медицинского характера от моего имени в случае потери мною дееспособности, следовать принципам и инструкциям, изложенным в данной Постоянной и полномочной доверенности по вопросам здоровья или иных подписанных мною Указаниях на будущее (Завещании о жизни), в дозволенной законом мере.

Limitations on Mental Health Treatment

Ограничения на проведение психиатрического лечения.

My health care agent may not admit or commit me on an inpatient basis to an institution for mental diseases, an intermediate care facility for the mentally retarded, a state treatment facility or a treatment facility. My health care agent may not consent to experimental mental health research or psychosurgery, electroconvulsive treatment or drastic mental health treatment procedures for me.

Моё доверенное лицо не может принимать решения о помещении или переводе меня на стационарное лечение в психиатрическое учреждение, в промежуточное учреждение для людей с задержкой в психическом развитии, в государственное лечебное учреждение или иное лечебное

заведение. Моё доверенное лицо не может давать согласие на проведение в отношении меня экспериментальных психиатрических исследований или психирургического, электроконвульсивного лечения, а также интенсивных процедур по лечению психических заболеваний.

Instructions for Completing Part II:

Инструкции по заполнению Части II.

В следующих шести разделах отметьте инициалами соответствующей квадратик:

Согласно ограничениям в законах штата Висконсин, если вы не проставили ваши инициалы в обозначенных квадратиках в одном из разделов и не приняли четкого решения, вашему доверенному лицу не дается право принимать решение по поводу лечения в разделах с 1 по 6, и для принятия решения по поводу вашего лечения может стать необходимым обращение в суд.

1. Admission to Nursing Homes or Community-Based Residential Facilities:

Помещение в дома престарелых или заведения, устроенные и функционирующие на средства местной общины:

Note: My Health Care Agent may admit me to a nursing home or community-based residential facility for short-term stays for recuperative or respite care.

Примечание: Моё доверенное лицо по вопросам здоровья может поместить меня в дом престарелых или заведение, устроенное и функционирующее на средства местной общины, на короткий срок для восстановительного лечения или отдыха.

Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for the purpose of long-term care.

Полномочия доверенного лица относительно помещения меня в дом престарелых или заведение, устроенное и функционирующее на средства местной общины, на продолжительное время.

(Поставьте свои инициалы в одном из двух полей для отметок). Дополнительные указания могут быть добавлены в разделе №6.

Yes, my Health Care Agent has authority, if necessary, to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay subject to any limits I have set forth in this document.

Да, моё доверенное лицо имеет полномочия при необходимости поместить меня в дом престарелых или заведение, устроенное и функционирующее на средства местной общины, на продолжительное время с соблюдением всех указанных мною в данном документе ограничений.

или

No, my Health Care Agent does not have authority to admit me to a nursing home or a community-based residential facility for a long-term stay. If I check "no," I cannot be admitted to a nursing home or community-based residential facility for purposes of a long-term stay without court involvement.

Нет, доверенное лицо не имеет полномочий поместить меня в дом престарелых или заведение, устроенное и функционирующее на средства местной общины на продолжительное время. Отметив «нет», я не

могу, без судебного вмешательства, быть помещен(а) в дом престарелых или заведение, устроенное и функционирующее на средства местной общины, на продолжительное время.

2. Withholding or withdrawal of feeding tube:

Воздержание от применения или удаления зонда для искусственного кормления:

(Поставьте свои инициалы в одном из двух полей для отметок). Дополнительные указания могут быть добавлены в разделе №б.

Yes, my Health Care Agent has authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me, unless my attending physician advises that, in his or her professional judgment, the withholding or withdrawing will cause me pain or reduced comfort.

Да, моё доверенное лицо имеет полномочия отказаться от применения зонда для искусственного кормления или дать распоряжение о его удалении, кроме случаев, когда мой лечащий врач по своему профессиональному мнению убежден, что отсутствие или удаление зонда причинит мне боль или дискомфорт.

или

No, my Health Care Agent does not have authority to have a feeding tube withheld or withdrawn from me. I am aware that if I check no, court involvement may be required for decisions to withhold or withdraw a feeding tube.

Нет, моё доверенное лицо не имеет полномочий отказаться от применения зонда для искусственного кормления или дать распоряжение о его удалении. Я сознаю, что «нет» в качестве ответа в этом пункте может повлечь необходимость судебного вмешательства для принятия решения об отказе или удалении зонда для искусственного кормления.

Under Wisconsin law, my Health Care Agent may not consent to the withholding or withdrawal of orally ingested nutrition or hydration unless the provision of such nutrition or hydration is medically contraindicated

Согласно законодательству штата Висконсин доверенное лицо по вопросам здоровья не уполномочен давать согласие на задержку или отмену *перорального* кормления или гидрации (вспаивания) за исключением случаев, когда такое кормление и гидрация имеют медицинские противопоказания.

3. Decisions During Pregnancy:

Решения в период беременности:

(Поставьте свои инициалы в одном из двух полей для отметок). Дополнительные указания могут быть добавлены в разделе №б.

Yes, my Health Care Agent has authority to make decisions for me if I am pregnant subject to any limits I have later set forth in this document.

Да, моё доверенное лицо имеет полномочия в период моей беременности принимать решения от моего имени в соответствии со всеми

ограничениями, которые мною установлены в данном документе.

No, my Health Care Agent does not have authority to make decisions for me if I am pregnant. I am aware that if I check no, court involvement may be required for health care decision making during my pregnancy.

Нет, моё доверенное лицо не имеет полномочий в период моей беременности принимать решения от моего имени. Я сознаю, что «нет» в качестве ответа в этом пункте может повлечь необходимость судебного вмешательства для принятия решений по вопросам здоровья в период моей беременности.

Not Applicable.
Неприменимо.

4. Stopping Attempts of Life Prolonging Treatments: Остановка мер по продлению жизни.

(Поставьте свои инициалы в одном из двух полей для отметок). Дополнительные указания могут быть добавлены в разделе №6.

If I reach a point where it is reasonably certain that I will not recover my ability to interact meaningfully with my family, friends, and my environment, **or** if my suffering is intense, irreversible or uncontrollable, even if I do not have a terminal illness:

Если моё состояние достигнет уровня, когда возникнет обоснованная уверенность в том, что мои способности осмысленно общаться с моими родными, друзьями и окружением не восстановятся, **или** мои страдания, даже при отсутствии неизлечимого заболевания, станут невыносимыми, необратимыми и неконтролируемыми:

I want **to stop or withhold all treatments** that might be used to prolong my life. This includes, but is not limited to, respirator/ventilator (breathing machine), administration of blood products and antibiotics, medications and interventions that I have received for chronic medical conditions, or other medications unless the withholding or withdrawal of these treatments would cause me pain or discomfort.

Я хочу **остановить или отменить все мероприятия**, проводимые для продления моей жизни. Вышеуказанное включает, но не ограничивается следующим: применение респиратора/вентилятора (аппарата искусственного дыхания), введение продуктов крови и антибиотиков, лекарственных препаратов и лечение, которое я получал в связи с хроническими заболеваниями, а также любых других лекарств, если отсутствие или отмена этих мер не причинит мне боли и дискомфорта.

or

I **do want** all appropriate treatments recommended by my doctor, until my doctor and agent agree that such treatments are harmful or no longer beneficial.

Я **хочу** получать все имеющиеся в распоряжении виды лечения, рекомендованные моим врачом до тех пор, пока врач и доверенное лицо не придут к выводу, что эти виды лечения либо наносят вред, либо совершенно не приносят пользы моему здоровью.

Независимо от сделанного выбора, я понимаю, что буду продолжать получать перорально как лекарственные препараты для снятия боли и поддержания комфорта, так и необходимое мне питание и растворы, если буду в состоянии благополучно глотать.

5. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):

Сердечно-легочная реанимация (СЛР)

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. It may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the heart contract), medicines, electrical shocks, and a breathing tube. I understand that CPR can save my life. I also understand that it does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases and/or impaired functioning. I understand that if I do not want CPR attempted and prefer to allow a natural death, my physician should be made aware of this choice. Therefore:

СЛР – это меры, предпринимаемые при остановке сердцебиения и дыхания, которые имеют своей целью попытаться восстановить их работу. Меры включают в себя наружный массаж сердца (интенсивное и ритмичное надавливание на грудную клетку для восстановления сокращений сердечной мышцы), лекарственные препараты, электрошок и использование дыхательной трубки. Я понимаю, что СЛР может спасти мне жизнь. Я также понимаю, что эта мера не может быть эффективной для людей с хроническими (длительными) заболеваниями и/или нарушенными функциями организма. Я понимаю, что если я предпочитаю не делать попыток реанимации, а предпочитаю дать мне умереть естественной смертью, мой врач должен быть поставлен об этом в известность. Поэтому:

(Initial one box.) Additional Guidance may be added at no. 6.

(Поставьте свои инициалы в одном из двух полей для отметок). Дополнительные указания могут быть добавлены в разделе №6.

I want Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) attempted ***unless*** my physician determines one of the following:

Я прошу проводить попытки сердечно-легочной реанимации (СЛР) **только в том случае, если** мой врач **не** установил, что:

- I have an incurable illness or injury and am dying; OR
- У меня неизлечимое заболевание или травма, и я умираю, ИЛИ
- I have no reasonable chance of survival if my heart stops; OR
- У меня нет обоснованного шанса выжить в случае остановки сердца; ИЛИ
- I have little chance of long term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.
- У меня есть небольшая вероятность жить продолжительное время в случае остановки сердца, и процесс реанимирования причинит мне серьезные физические страдания.

I do not want CPR attempted if my heart stops, but rather want to allow a natural death to occur.

Я не желаю, чтобы при остановке сердца в отношении меня делались попытки СЛР, я предпочитаю дать мне умереть естественной смертью.

With either choice, if I have a terminal illness and want to ensure that emergency personnel not perform CPR, I will need to obtain a *DNR Bracelet* from my physician.

Независимо от сделанного выбора, если у меня определено терминальное заболевание, и я не желаю, чтобы персонал службы экстренной помощи проводил СЛР, мне будет необходимо приобрести у своего врача *браслет «Не реанимировать»*.

6. My additional guidance to the choices in Sections 1 through 5 is written below. If any of the guidance I have written below directly conflicts with my choices selected in sections 1 through 5, I want my choices in the above sections to control the decision to be made. The comments below should be used to interpret and clarify my choices in sections 1 through 5.

6. Дополнительные указания по поводу решений в разделах 1-5 следуют ниже. Если какое-либо из приведенных ниже указаний прямо противоречит моим решениям в разделах 1-5, я желаю, чтобы окончательное решение было принято исходя из высказанных мною в вышеуказанных разделах пожеланий. Нижеприведенные комментарии должны использоваться для интерпретации и внесения ясности в мои решения в разделах 1-5.

Part III – Making the Document Legal Under Wisconsin Law

Instructions for Completing this Part:

Часть III – Придание Документу юридического статуса в соответствии с законами штата Висконсин.

Инструкции по заполнению Части III .

This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below.

Данный документ должен быть подписан и продатирован в присутствии двух свидетелей, которые отвечают приведенным ниже требованиям.

I am of sound mind, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document voluntarily. If I require treatment in a state that does not recognize this Power of Attorney for Health Care, I want my Health Care Agent to be recognized as my chosen surrogate decision-maker and the instructions within this document to be followed based on my legal right to

direct my own health care.

Находясь в здравом уме, я согласен со всем, что написано в данном документе, и я составил данный документ добровольно. Если мне потребуется лечение в другом штате, где данная Доверенность по вопросам здоровья не имеет силы, я желаю, чтобы моё доверенное лицо по вопросам здоровья официально считался исполнителем, принимающим решения от моего имени, а инструкции в данном документе выполнялись в соответствии с моим юридическим правом распоряжаться собственным здоровьем.

The Principal and both witnesses must all sign the document at the same time.

Доверитель и оба свидетеля должны одновременно поставить свои подписи в документе.

My signature/Моя подпись

Date/Дата

Print Name/Имя печатными буквами

If I cannot sign my name, I can ask an adult to sign this document for me, and in my presence.

Если я не могу написать свое имя на документе, я могу попросить совершеннолетнее лицо подписать данный документ за меня в моем присутствии.

Signature of the adult who I asked to sign this document for me, and in my presence.
Подпись совершеннолетнего лица, которого я попросил подписать данный документ от моего имени в моем присутствии.

Print the name of the adult who I asked to sign this document for me, and in my presence.
Имя совершеннолетнего лица, которое я попросил подписать данный документ в моем присутствии, печатными буквами.

Statement of Witnesses

Заявление свидетелей.

The principal personally came before me to execute this document and is known to me to be such person or presented to me that s/he is such person. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

Доверитель лично предстал передо мной для подписания данного документа и он (она) известны мне как доверитель или представились таковыми. Я полагаю, что он/она находится в здравом уме и по возрасту достиг(ла) 18 лет. Я лично засвидетельствовал подписание им (ей) данного документа и полагаю, что он (она) сделал(а) это добровольно.

By signing this document as a witness, I certify that I am:

- at least 18 years of age.
являюсь лицом старше 18 лет.

- not a health care agent appointed by the person signing this document.
не являюсь доверенным лицом для человека, подписывающего для себя данный документ.
- not related to the person making this document by blood, marriage or adoption.
не состою в родстве по крови, через брачные отношения или усыновление с лицом, подписывающим для себя данный документ.
- not directly financially responsible for that person's health care.
не несу прямой финансовой ответственности за оказание медицинских услуг данному лицу.
- not a health care provider directly serving the person at this time.
не являюсь медицинским работником, непосредственно оказывающим услуги вышеуказанному лицу в данное время.
- not an employee (other than a social worker or chaplain) of a health care provider directly serving the person at this time.
не являюсь работником (кроме социального работника или священника) у врача, непосредственно оказывающего услуги вышеуказанному лицу в данное время.
- not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.
мне неизвестно, что я имею право или могу заявить свои права на недвижимость данного лица.

Witness Number 1
Свидетель №1

Signature/Подпись

Date/Дата

Print Name/Имя печатными буквами

Address/Адрес

Witness Number 2
Свидетель №2

Signature/Подпись

Date/Дата

Print Name/Имя печатными буквами

Address/Адрес _____

Statement of Agent and Alternate Agent (Signature of agents are recommended, but not required)

Заявление доверенного лица и альтернативного доверенного лица (Подпись свидетелей рекомендуется, но не требуется)

I understand that _____ (name of principal) has designated me to be his or her Health Care Agent or alternate Health Care Agent if he or she is ever found to be incapacitated and incapable of making his or her own healthcare decisions.

_____ (name of principal) has discussed his or her desires regarding health care decisions with me.

Я понимаю, что _____ (имя доверителя) назначил меня своим доверенным лицом или альтернативным доверенным лицом по вопросам здоровья на случай, если он/она потеряет дееспособность и будет не в состоянии самостоятельно принимать решения по вопросам здоровья. _____ (имя доверителя) обсудил(а) со мной свои желания относительно решений по вопросам своего здоровья.

Signature of Agent/

Подпись доверенного лица _____

Print Name of Agent/

Имя доверенного лица печатными буквами _____

Signature of First Alternative Agent

Подпись первого альтернативного доверенного лица _____

Print Name of First Alternative Agent

Имя первого альтернативного доверенного лица печатными буквами _____

Signature of Second Alternative Agent

Подпись второго альтернативного доверенного лица _____

Print Name of Second Alternative Agent

Имя второго альтернативного доверенного лица печатными буквами _____

Последующие действия:

После того как вы оформили Доверенность по вопросам здоровья, вам следует предпринять следующее:

- Выдать экземпляр данного документа вашему доверенному лицу;
- Выдать экземпляр данного документа вашему врачу и удостовериться, что ваши пожелания ему понятны;
- Если вас госпитализируют в стационар или вы переезжаете в дом престарелых, имейте при себе экземпляр данного документа и предоставьте его по требованию; и
- Поставьте в известность своих родственников и друзей о существовании данного документа.

Part IV – Statement of Desires If My Condition is Likely to Result in Death

Часть IV - Изложение пожеланий на случай, если мое состояние приведет к смерти.

Religion/ Религия:

If I am Nearing My Death/ Если я скоро умру

I want my pastor /spiritual leader notified of my medical condition.

Я хочу, чтобы мой пастор/духовный руководитель был извещен о состоянии моего здоровья.

I want a representative of my place of worship with me as I prepare for my death.

Я хочу, чтобы представитель моего вероисповедания находился со мной, когда я буду готовиться к смерти.

I am of the _____ faith, and am a member of the _____ congregation or worship group.

Я исповедую _____ религию и являюсь членом _____ прихода или религиозного общества.

Phone number of congregation or worship group (if known): _____

Телефон прихода или религиозного общества (если известен): _____

The following are matters that you may wish to address. If you are not comfortable with this information being in your medical record, you can record it elsewhere.

Ниже приведены положения, которые могут оказаться для вас важными. Если вы не хотите, чтобы эта информация была отражена в медицинских учётах, записи могут быть сделаны в других документах.

If I Am Nearing My Death, I Want the Following: (List things that would make dying more meaningful for you.)

Если я скоро умру, я хочу: (перечислите то, что сделало бы ваш уход из жизни более значимым).

(Пожалуйста, пишите на английском)

If I am Nearing My Death and Cannot Speak, I Want My Friends and Family to know:

Если я скоро умру и потерял способность говорить, я хочу, чтобы мои друзья и мои родные знали:

(Пожалуйста, пишите на английском)

Upon My Death:

После моей смерти:

Upon my death, the following are my instructions. If my Health Care Agent does not have the authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.

Инструкции на период после моей смерти. Если моё доверенное лицо по вопросам здоровья не имеет полномочий принимать данные решения, я прошу моего ближайшего родственника и врача по возможности выполнить мои просьбы.

Donation of My Organs or Tissue for Transplantation:

Пожертвование органов и тканей для пересадки:

(Поставьте свои инициалы в одном из полей для отметок.)

I wish to donate my organs and tissue for transplantation.

Я желаю пожертвовать свои органы и ткани для пересадки.

I wish to donate only the following organs and tissue (name the specific organs or tissue) for transplantation: _____

Я желаю пожертвовать только следующие органы и ткани (назовите органы или ткани) для пересадки:

I do not want to donate any organ or tissue for transplantation.

Я не желаю жертвовать органы или ткани для пересадки.

Donation of My Organs or Tissue for Medical Research:

Пожертвование органов и тканей для медицинских исследований:

(Поставьте свои инициалы в одном из полей для отметок.)

(If you wish to donate your body for medical research after death, you should contact a medical school to make arrangements.)

(Если вы желаете, чтобы после в смерти ваше тело было пожертвовано для медицинских исследований, вам следует заранее обратиться в медицинское учебное заведение для организации пожертвования.)

In accordance with my selection above, I wish to donate my organs and tissue for transplantation and the remainder of my body, organs and tissue for medical research.

В соответствии с вышеуказанным решением я желаю пожертвовать органы и ткани для пересадки, а тело и остальные органы и ткани – для медицинских исследований.

I wish to donate my entire body, organs and tissue for medical research.

Я желаю пожертвовать свои тело, органы и ткани для медицинских исследований.

I do not want to donate any part of my body, organs or tissue for medical research.

Я не желаю жертвовать часть своего тела, органы и ткани для медицинских исследований.

Autopsy:

Патологоанатомическое вскрытие:

(Поставьте свои инициалы во все поля для отметок, имеющие к вам отношение.)

I do not object to an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.

Я не возражаю против патологоанатомического вскрытия, если это поможет моим родным понять причину моей смерти или понадобится им в будущем для принятия решений по вопросам здоровья.

I do not object to an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

Я не возражаю против паталогоанатомического вскрытия, если это поможет развитию медицины или медицинского образования.

I do not want an autopsy performed on me.

Я отказываюсь от проведения паталогоанатомического вскрытия.

Pages 11 through 13 are intended to provide my Health Care Agent with information about my wishes and desires in addition to those expressed in my Power of Attorney for Health Care. These pages are not intended to replace my Power of Attorney for Health Care. If any of the guidance I have written on pages 11 and 13 conflicts directly with my Power of Attorney for Health Care, I want my wishes and desires expressed in my Power of Attorney for Health Care to control the decision to be made.

Страницы с 11 по 13 предусматривают важную для моего доверенного лица информацию о моих желаниях и решениях в дополнение к тем, которые оговорены в моей Доверенности. Указанные страницы не заменяют мою Доверенность. Если содержание на страницах 11 и 13 прямо противоречит содержанию Доверенности, я желаю, чтобы окончательные решения принимались в соответствии с моими пожеланиями и решениями, отраженными в Доверенности по вопросам здоровья.

Signature/Подпись

Date/Дата

Print Name/Имя печатными буквами