



HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY

Я, _____

Дата народження: _____

Призначаю: _____

Ім'я і прізвище агента (особи, яка зможе ухвалювати медичні рішення замість мене, якщо я буду не в змозі робити це самостійно)

Адреса

Номери телефонів

Ел. пошта

своїм агентом із медичних питань і надаю йому повноваження ухвалювати рішення про надання мені медичної допомоги й послуг персонального догляду, якщо я стану нездатним (-ою) ухвалювати такі рішення самостійно. Якщо названа вище особа з будь-якої причини не зможе виконувати функції мого агента, на цей випадок я призначаю резервного агента:

Ім'я і прізвище резервного агента

Адреса

Номери телефонів

Ел. пошта

Ця довіреність на ухвалення медичних рішень набуває чинності в разі моєї неіездатності. Я надаю своєму агенту зазначені далі повноваження.

1. Надавати дозвіл на мою госпіталізацію або виписку з будь-якого медичного закладу, будинку-інтернату із сестринським доглядом чи подібного закладу й укладати угоди стосовно догляду за мною.
2. Давати, відхиляти або відкликати згоду на проведення всіх видів медичних і хірургічних процедур, забезпечення догляду чи лікування, які передбачають, серед іншого, інтубацію, реанімаційні заходи й введення поживних речовин або гідратацію за допомогою штучних чи інвазивних засобів.

Я обговорив (-ла) свої побажання щодо медичної допомоги зі своїм агентом, який виконуватиме мої вказівки згідно з наданою йому інформацією. Якщо моєму агенту не вдасться визначити мої побажання стосовно того чи іншого питання, тоді мій агент повинен ухвалити рішення, яке, на його думку, відповідає моїм інтересам. Я скасовую дію будь-якої попередньо виданої довіреності на ухвалення медичних рішень.

Ставлячи свій підпис нижче, я підтверджую, що розумію зміст цього документа й маю намір дати йому юридичну силу.

Підпис

Дата й час

Підпис свідка

Дата й час

Підпис свідка

Дата й час





Penn State Health цінує право людей планувати ухвалення рішень щодо надання їм медичної допомоги. У будь-якому віці є вірогідність того, що в людини може бути несподівано діагностовано захворювання, у результаті якого вона не зможе ухвалювати медичні рішення самостійно. Планування допомагає забезпечити надання тієї медичної допомоги, яку людина хотіла б отримати. Важливим кроком у цьому процесі є вибір особи, яка буде ухвалювати рішення про надання вам медичної допомоги, так званого агента з медичних питань.

Що таке довіреність на ухвалення медичних рішень?

- *Довіреність на ухвалення медичних рішень (Health Care Power of Attorney, HCPOA) — це документ, який ідентифікує одну чи кількох осіб, яким ви надаєте повноваження повідомляти персонал медичного закладу про ваші рішення щодо надання вам медичної допомоги, коли ви будете не в змозі робити це самостійно.*
- *Часто HCPOA є частиною інших документів, які називаються попередніми розпорядженнями або заповітами.*

Кого я маю призначити своїм агентом із медичних питань?

- *Ваш агент із медичних питань — це особа, яку ви призначаєте для ухвалення рішень про надання вам медичної допомоги у випадку, коли ви будете не в змозі ухвалювати такі рішення самостійно.*
- Вашим агентом із медичних питань може бути член вашої сім'ї або близька вам людина, якій ви довіряєте ухвалення серйозних рішень. Ця особа має чітко розуміти ваші побажання й погодитися прийняти відповідальність за ухвалення рішень про надання вам медичної допомоги. Важливо, щоб особи, які згідно з HCPOA будуть представляти ваші інтереси, були поінформовані про свою роль.
- У вас є можливість призначити другу особу вашим резервним агентом із медичних питань. Резервний агент заміщує першу особу, яку ви призначили для ухвалення рішень, якщо вона не може чи не хоче виконувати надані їй повноваження або недоступна.
- Ви не можете призначити агентом постачальника медичних послуг, який здійснює за вами догляд.
- Ви не можете призначити агентом працівника медичного закладу, у якому вам надають медичну допомогу, окрім випадків, коли ця особа є вашим родичем, який не надає вам медичні послуги.

Що робити, якщо я фізично не можу підписати форму?

- Якщо ви не в змозі підписати документ самостійно, ви можете надати іншій особі повноваження підписати його й поставити дату від вашого імені.

Хто може засвідчити довіреність на ухвалення медичних рішень?

Цей документ мають засвідчити 2 дорослі особи віком від 18 років, бажано член вашої сім'ї або близька вам людина.

- Ви, призначений вами агент із медичних питань, особа, яка підписує документ від вашого імені (якщо ви фізично не можете його підписати), або постачальник медичних послуг, який здійснює за вами догляд, не можуть виступати в ролі свідка.

Коли довіреність на ухвалення медичних рішень набуває чинності?

- Після підписання та датування документа в присутності двох свідків HCPOA набирає чинності лише на той період часу, поки ви не можете самостійно ухвалювати медичні рішення.

Що робити, якщо в мене вже є попереднє розпорядження?

- Вам слід заповнити цю форму, тільки якщо ви хочете змінити свого агента з медичних питань на іншу особу, яка відрізняється від особи, указаної в уже оформленому документі.
- Ця форма замінює будь-який документ-довіреність на ухвалення медичних рішень.
- Якщо ви раніше склали заповіт, то він не втрачає своєї сили. Якщо HCPOA було визначено частиною заповіту, то ця форма замінить лише частину, що стосується довіреності на ухвалення медичних рішень.

Форму підписано й засвідчено. Які подальші кроки?

- Зберігайте оригінал документа в надійному, але доступному місці.
- Надайте копію документа медичним працівникам клінік і лікарень, де вам надають медичну допомогу.
- Надайте копії своєму агенту з медичних питань і резервному агенту з медичних питань, членам вашої сім'ї і особам, які можуть бути залучені до організації вашого медичного обслуговування.
- Якщо ви бажаєте висловити свої побажання докладніше, обговоріть це питання з медичними працівниками, які здійснюють за вами догляд, або проконсультуйтеся з адвокатом щодо ваших правових можливостей.

Що робити, якщо я хочу внести зміни до своєї довіреності на ухвалення медичних рішень?

- У цей документ можна вносити зміни, а також анулювати його.
- Якщо ви хочете змінити текст документа, ви повинні заповнити нову форму, а на оригіналі документа написати «Анульовано» із зазначенням дати.
- Після внесення змін або створення нового документа надайте його копію всім, хто має копію оригіналу.
- Ви можете проконсультуватися з адвокатом щодо наявності інших варіантів.

Медичний персонал. Докладнішу інформацію див. в розділі «Політика Penn State Health» (зокрема в Посібнику з попередніх розпоряджень).