

## Доверенность на медицинский уход

Эта форма соответствует требованиям Закона штата Иллинойс о доверенности на медицинский уход

### **Памятка для лица, подписывающего эту форму доверенности на медицинский уход**

Никто не может предвидеть серьезную болезнь или несчастный случай. Если с Вами что-то случится и Вы не сможете сообщить о своих пожеланиях, возможно, Вам потребуется лицо, которое будет говорить от Вашего имени или принимать решения по медицинскому уходу. Если спланировать это сейчас, то можно увеличить шансы на получение надлежащего лечения.

Вы можете выбрать того, кому Вы доверяете принятие решений, касающихся медицинского ухода, если Вы не сможете или не захотите принимать их самостоятельно. Выбранное лицо именуется «Агентом по медицинскому уходу». Важно, чтобы Вы определили Агента по медицинскому уходу и записали свои предпочтения по медицинскому уходу в письменной форме на основании Ваших личных ценностей и пожеланий, заполнив эту форму или другую форму доверенности, которая соответствует требованиям законодательства штата Иллинойс.

### **Что следует знать Агенту по медицинскому уходу?**

Важно поговорить с человеком, который будет Вашим Агентом по медицинскому уходу, о наиболее важных для Вас вещах в жизни:

- Насколько важно для Вас избежать боли и страдания?
- Если бы Вам пришлось выбирать, что бы Вы выбрали: прожить полноценную жизнь так долго, насколько это возможно, избегая длительных страданий, дополнительных процедур и инвалидности, или жить как можно дольше, даже если это означает утратить качество жизни?
- Где бы Вы хотели провести последние несколько дней или недель своей жизни — дома или в больнице?
- Есть ли у Вас религиозные, духовные или культурные убеждения, которые следует учесть Агенту по медицинскому уходу при уходе и выполнении предсмертных желаний?

### **Кого следует назначить своим Агентом по медицинскому уходу?**

Выберите члена семьи или друга:

- который достиг 18-летия;
- который хорошо Вас знает;
- который может прийти Вам на помощь;
- которому Вы доверяете выбор лучших для вас решений и который выполнит Ваши желания, даже если он лично не согласен с ними;
- который сообщит медицинским работникам о Ваших решениях, зафиксированных в этой форме;
- Вы можете указать второго или третьего альтернативного Агента на случай, если выбранное Вами лицо не справится с этими условиями.

Агент по медицинскому уходу не может быть Вашим врачом, медсестрой или другим медицинским работником в Вашей больнице или клинике, кроме тех случаев, когда это член семьи, который не занимается уходом за Вами.

### **Что произойдет, если Вы не выберете Агента по медицинскому уходу?**

Если Ваше состояние здоровья не позволяет Вам самостоятельно принимать решения, врачи попросят Ваших родственников или близких друзей сделать это за вас. Согласно закону штата Иллинойс, выписывается распоряжение с обращением к этим лицам. В этом законе такое лицо именуется «Заместителем». (В штате Иллинойс партнеры не считаются близкими родственниками, если они не состоят в законном или гражданском браке.)

Есть причины, по которым надеяться на Заместителя может быть проблематично. Например, человек, согласившийся выполнять эту роль, может быть не тем, кому вы хотели бы доверить принятие решений по медицинскому уходу за Вами. Кроме того, члены семьи и друзья могут не согласиться друг с другом по поводу того, какое решение будет для Вас самым лучшим или которое выбрали бы Вы. В дальнейшем человек может не справляться с принятием всех решений. В таком случае для принятия этих решений суд может назначить лицо, возможно постороннее. **Если Вы не хотите, чтобы решения по медицинскому уходу принимал за Вас тот, кого Вы не выбирали, укажите имя Агента по медицинскому уходу в этой форме.**

### **Что делать с этой формой после заполнения?**

- Подпишите форму в присутствии свидетеля (список лиц, которые могут и не могут быть свидетелями, см. в форме).
- Попросите свидетеля тоже подписать ее.
- Форму не нужно нотариально заверять.
- Передайте копию подписанной формы Вашему Агенту по медицинскому уходу и всем альтернативным Агентам.
- Предоставьте форму всем, кто ухаживает за Вами, в том числе врачам, медсестрам, социальным работникам, семье и друзьям.

### **Что делать, если я изменю свое решение?**

Вы можете в любое время изменить свое решение. Если это произойдет, сообщите об этом лицу, достигшему 18-летия, и/или ликвидируйте доверенность на медицинский уход и все ее копии. По желанию заполните новую форму и подпишите ее при свидетеле, указав дату. Затем убедитесь, что старая форма ликвидирована, и замените ее исправленным вариантом.

**Обратите внимание, Вы не обязаны использовать эту форму. В штате Иллинойс могут использоваться и другие формы по медицинскому уходу. По вопросам использования той или иной формы обратитесь к врачу, другому медицинскому работнику и/или доверенному лицу.**

## Доверенность на медицинский уход

Эта форма соответствует требованиям Закона штата Иллинойс о доверенности на медицинский уход

**Заполнение этой формы доверенности на медицинский уход отменяет все предыдущие доверенности на медицинский уход.**

**Вы и Ваш свидетель должны подписать эту форму, чтобы она стала юридически действительной.**

### 1. Сведения обо мне

Мое имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами ЧЧ/ММ/ГГГГ

Мой адрес: \_\_\_\_\_  
Улица, город, штат, почтовый индекс

### 2. Сведения об Агенте по медицинскому уходу

**Я хочу, чтобы указанное лицо выступало моим Агентом по медицинскому уходу или главным доверенным лицом по медицинскому уходу:**

(Я понимаю, что я не могу выбрать в качестве своего Агента по медицинскому уходу врача или медицинского работника, а также оказывающего мне медицинский уход специалиста в области здравоохранения.)

Имя Агента: \_\_\_\_\_ Номер тел. Агента: \_\_\_\_\_

Адрес Агента: \_\_\_\_\_

### 3. Полномочия Агента по медицинскому уходу

**Мой Агент может принимать за меня следующие решения:**

- решения о принятии, прекращении лечения или об отказе от него в отношении физического или психического состояния, в том числе жизненно важные решения;
- соглашение о направлении меня в больницу, домой или в другое учреждение или о выписке из медицинского учреждения;
- получение доступа, который предоставляется мне, к записям о моем физическом и психическом здоровье и предоставление при необходимости этих записей, в том числе после моей смерти;
- выполнение составленных мной планов или, если это не было сделано мной, принятие решений о моем теле или останках, в том числе о донорстве органов, тканей или тела, о вскрытии, кремации или о похоронах.

### 4. Начало действия полномочий Агента

Я хочу, чтобы мой Агент принимал за меня решения по медицинскому уходу (выберите один из указанных ниже вариантов):

\_\_\_\_\_ Только если я не смогу принимать их самостоятельно. Врачи, оказывающие медицинский уход за мной, решат, когда я утрачу эту способность. (Если не выбран ни один из вариантов, *будет использоваться этот.*)

\_\_\_\_\_ С этого момента и до того, когда я не смогу принимать их самостоятельно. Пока я в состоянии принимать решения, я могу это делать, если захочу.

### 5. Альтернативные Агенты по медицинскому уходу

Если указанный выше Агент по медицинскому уходу не в состоянии принимать решения или не желает этого делать, ниже мной названы имена лиц, которые будут выполнять полномочия Агента по медицинскому уходу (в порядке очередности). Моим Агентом по медицинскому уходу может быть только один человек одновременно.

Альтернативный агент № 1: \_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами Улица, город, штат, почтовый индекс Тел. код города и номер

Альтернативный агент № 2: \_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами Улица, город, штат, почтовый индекс Тел. код города и номер

## Доверенность на медицинский уход

Эта форма соответствует требованиям Закона штата Иллинойс о доверенности на медицинский уход

### 6. Искусственное поддержание жизненных функций

Тема искусственного поддержания жизненных функций чрезвычайно важна. Искусственное поддержание жизненных функций может включать искусственное дыхание (закрытый массаж сердца), использование дыхательных аппаратов, зондовое питание или капельницы, переливание крови или диализ. Ваш Агент должен будет взвесить все недостатки и преимущества предлагаемых процедур и принять решение от Вашего имени. Принимая решения об искусственном поддержании жизненных функций, Ваш Агент должен принимать во внимание облегчение страданий, качество жизни, ее возможное продление, а также Ваши ранее высказанные пожелания. Выбор одного из приведенных в следующем разделе утверждений может послужить руководством для Вашего Агента при принятии решения от Вашего имени. В случае возникновения каких-либо вопросов по поводу этих утверждений обратитесь к Вашему врачу или к медицинскому работнику.

ОТМЕТЬТЕ ТОЛЬКО ОДНО ИЗ УКАЗАННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ, КОТОРОЕ ВЫРАЖАЕТ ВАШИ ПОЖЕЛАНИЯ (необязательно):

\_\_\_\_\_ Качество моей жизни для меня более важно, чем ее продолжительность. Если я буду находиться без сознания и мой лечащий врач будет считать, в соответствии с разумными медицинскими стандартами, что я не приду в сознание или не восстановлю свою способность мыслить, общаться с семьей и друзьями и познавать окружающий мир, то я не хочу, чтобы лечение продлевало мою жизнь или отсрочило смерть, однако я хочу, чтобы лечение или уход не приносили мне неудобства и избавили меня от боли.

\_\_\_\_\_ Оставаться в живых самое главное для меня, независимо от степени моего заболевания, моих страданий, стоимости процедур или шансов на выздоровление. Я хочу, чтобы моя жизнь была продлена как можно дольше, в соответствии с разумными медицинскими стандартами.

### 7. Особые ограничения полномочий по принятию решений моим Агентом:

**НЕОБЯЗАТЕЛЬНО:** Выше предоставленные полномочия предназначены для как можно более широкого применения, так что Ваш Агент сможет принимать любые решения, которые бы приняли Вы, чтобы получить или прекратить любого рода медицинскую помощь. Если Вы желаете ограничить сферу полномочий Вашего Агента, назначить специальные правила или ограничить полномочия для разрешения вскрытия или распоряжения останками, ниже Вы можете указать конкретные ограничения. (Вы можете добавить еще одну страницу, если требуется больше места).

---

---

---

### 8. Ваша подпись

Моя подпись или печать: \_\_\_\_\_ Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_  
ЧЧ/ММ/ГГГГ

### 9. Подпись свидетеля

Ваш свидетель должен подтвердить указанные сведения и заполнить строки ниже.

- Я старше 18.
- Этот документ подписывался доверителем при мне или доверитель сообщил мне, что это его/ее подпись или печать.
- Я не доверитель, не агент, не один из наследников агента, которые указаны в этом документе, а также не родственник одного из этих лиц по крови, браку или усыновлению. Я не врач поручителя, не сотрудник психиатрической службы, не высококвалифицированная практическая медсестра, не помощник врача, не дантист, ортопед, оптометрист, а также неродственник одного из этих лиц по крови, браку или усыновлению.
- Я не собственник или не исполнитель (или не родственник собственника/исполнителя) лечебного учреждения, где подписавший значится пациентом или врачом-ординатором. Этот запрет не распространяется на сотрудников учреждения, в том числе на социальных работников, священников, медсестер и других сотрудников, которые не могут считаться собственниками этого учреждения.

Имя свидетеля (печатными буквами)

Подпись свидетеля

Адрес свидетеля

Сегодняшняя дата