

**FORM 3 - 1**

**ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE**

**ЗАБЛАГОВРЕМЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ**

**ИНСТРУКЦИИ**

В Части 1 этой анкеты Вы можете назначить какое-либо лицо в качестве своего представителя для принятия решений медицинского характера вместо Вас в случае, если Вы окажетесь не в состоянии принимать подобные решения или если Вы желаете, чтобы другое лицо принимало за Вас подобные решения, даже если Вы в настоящий момент в состоянии принимать их самостоятельно. Вы также вправе назвать другого представителя в случае, если первое названное Вами лицо не желает, или не может выступать в этой роли, или практически недоступно для Вас.

Вашим представителем не может быть работник или служащий лечебного или жилого заведения, в котором Вы получаете лечение или лицо, ответственное за Ваше лечение или служащий лечебного учреждения, в котором Вы получаете лечение, если только это лицо не является Вашим родственником или сотрудником.

Если Вы не распорядитесь по-другому в этой анкете, Ваш представитель имеет право:

1. Дать или не дать свое согласие на уход, лечение, обслуживание, или процедуры, которые могут поддерживать Ваше состояние, диагностировать его или как-либо по-другому влиять на физическое или психическое состояние.
2. Выбирать поставщиков и учреждения медицинского обслуживания или отказываться от них.
3. Соглашаться или не соглашаться на диагностические или хирургические процедуры или курсы медикаментозного лечения.
4. Распоряжаться по поводу предоставления, приостановления или прекращения искусственного питания или увлажнения, или других видов лечения, включая восстановление сердечной деятельности и дыхания.
5. Распоряжаться о донации органов и тканей, производстве аутопсии и захоронении останков.

Однако Ваш представитель не сможет отправить Вас в психиатрическое заведение, дать согласие на вызывающее конвульсии лечение, психирургию, стерилизацию или аборт. Часть 2 этой анкеты позволяет Вам дать точные инструкции в отношении Вашего лечения независимо от того, назначите ли Вы своего представителя или нет. Вам предоставляется возможность выразить свою волю в отношении предоставления, приостановления или прекращения лечения для поддержания жизни, а также болеутоления. Вы можете также добавить свои пожелания к уже означенным или внести любые новые пожелания.

Отдайте заполненную и подписанную анкету своему врачу или другому медицинскому работнику, в лечебное заведение, в котором Вы получаете лечение, или любому назначенному Вами представителю. Вы должны поговорить с человеком, которого Вы назначили своим представителем, и убедиться, что он понимает Ваши пожелания и готов взять на себя ответственность, связанную с их выполнением.

***У Вас есть право отменить заблаговременное медицинское распоряжение в любой момент или заменить эту анкету на новую.***

## **ЧАСТЬ 1 – МЕДИЦИНСКАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ**

**НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:** Я назначаю следующее лицо своим представителем для принятия медицинских решений за меня:

Имя и фамилия лица, которое Вы назначаете своим представителем:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_  
(рабочий) (домашний) (сотовый/пейджер)

**ДОПОЛНЕНИЕ:** Если Я откажусь от своего представителя или если мой представитель не пожелает, не сможет или окажется практически недоступным для меня в отношении принятия медицинских решений, я называю своего первого альтернативного представителя:

Имя и фамилия второго лица, которое Вы назначаете своим альтернативным представителем:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_  
(рабочий) (домашний) (сотовый/пейджер)

ДОПОЛНЕНИЕ: Если я откажусь от своего представителя или мой первый альтернативный представитель не пожелает, не сможет или окажется практически недоступным для меня в отношении принятия медицинских решений, я называю своего второго альтернативного представителя:

Имя и фамилия лица, которое Вы выбираете своим вторым альтернативным представителем:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_  
(рабочий) (домашний) (сотовый/пейджер)

**ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:** Мой представитель уполномочен принимать за меня все решения медицинского характера по поводу предоставления, приостановления или прекращения искусственного питания и увлажнения, или других видов лечения, направленных на поддержание моей жизни, за исключением:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Добавьте страницы, если необходимо)*

**КОГДА ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ВСТУПАЮТ В СИЛУ:** Полномочия моего представителя вступают в силу, когда мой лечащий врач придет в заключение, что я не в состоянии принимать решения медицинского характера.

\_\_\_\_\_  
*(поставьте свои инициалы)*

**ИЛИ**

Полномочия моего представителя принимать за меня решения медицинского характера вступают в силу немедленно.

\_\_\_\_\_  
*(поставьте свои инициалы)*

**ИЛИ**

**ОБЯЗАННОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:** Мой представитель будет принимать за меня решения медицинского характера в соответствии с медицинской доверенностью, всеми инструкциями, которые я предоставил в Части 2 этой анкеты, и другими моими пожеланиями в той мере, в которой они известны моему представителю. Что касается моих пожеланий, которые остались неизвестными, мой представитель будет принимать за

меня решения медицинского характера исходя из того, что, по его мнению, является наилучшим для меня. При определении того, что является наилучшим для меня, мой представитель будет исходить из своего представления о моей системе ценностей в той мере, в которой они известны моему представителю.

**ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОСЛЕ МОЕЙ СМЕРТИ:** Мой представитель уполномочен предоставлять дары анатомического характера, санкционировать аутопсию и захоронение останков только в соответствии с моими указаниями здесь или в Части 3 анкеты.

-----  
-----  
(Добавьте страницы, если необходимо)

## **ЧАСТЬ 2 – МЕДИЦИНСКИЕ ИНСТРУКЦИИ**

При заполнении этой части анкеты Вы можете вычеркнуть неугодный Вам текст.

**РЕШЕНИЯ О ПОДДЕРЖАНИИ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИИ ЖИЗНИ:** Я уполномочиваю медицинский персонал и других лиц, принимающих участие в моем лечении, продолжать предоставлять, приостановить или прекратить лечение в соответствии с моей волей, которую я обозначил ниже:

***Не поддерживать жизнь:***

\_\_\_\_\_ Я не хочу, чтобы мою жизнь поддерживали, если (1) я болен (поставьте свои инициалы) неизлечимо или безнадежно, что должно привести к смерти через относительно короткое время; (2) я буду пребывать в бессознательном состоянии без реальной в медицинском отношении надежды придти в сознание; или (3) возможный риск и трудности лечения превысят его ожидаемые результаты.

***ИЛИ***

***Поддерживать жизнь:***

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы мою жизнь поддерживали как можно дольше в (поставьте свои инициалы) рамках общепринятых медицинских стандартов.

**БОЛЕУТОЛЕНИЕ:** За исключением того, что указано ниже в этом разделе, я желаю, чтобы борьба с болью и дискомфортом проводилась все время, даже если это ускорит мою смерть.

-----  
-----  
(Добавьте страницы, если необходимо)

**ДРУГИЕ ПОЖЕЛАНИЯ:** (Если Вы не согласны с необязательными пунктами, указанными выше, и желаете назвать свои собственные, или добавить что-либо к инструкциям, перечисленным Вами выше, Вы можете сделать это здесь). Я желаю, чтобы:

-----  
-----  
-----  
-----

*(Добавьте страницы, если необходимо)*

**ЧАСТЬ 3 – ДОНАЦИЯ ОРГАНОВ ПОСЛЕ СМЕРТИ (ПО ЖЕЛАНИЮ)**

После моей смерти:

Я отдаю любые необходимые органы, ткани, части тела: \_\_\_\_\_  
*(поставьте свои инициалы)*

**ИЛИ**

Я отдаю только следующие органы, ткани, части тела: \_\_\_\_\_  
*(поставьте свои инициалы)*

Мой дар предназначен для следующих целей:

Трансплантация \_\_\_\_\_ Исследования \_\_\_\_\_  
*(поставьте свои инициалы) (поставьте свои инициалы)*

Лечение \_\_\_\_\_ Обучение \_\_\_\_\_  
*(поставьте свои инициалы) (поставьте свои инициалы)*

**ЧАСТЬ 4 – ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ (ПО ЖЕЛАНИЮ)**

Я назначаю следующего врача в качестве моего лечащего врача:

Имя и фамилия врача: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
-----

ПО ЖЕЛАНИЮ: Если врач, которого я назначил выше, не желает, не может или практически не доступен мне в качестве моего лечащего врача, я назначаю следующего врача в качестве моего лечащего врача

Имя и фамилия врача: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЧАСТЬ 5 – ПОДПИСЬ

Эта анкета должна быть подписана двумя полноценными свидетелями и заверена нотариусом.

**ПОДПИСЬ:** Подпишите эту анкету здесь:

Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
(Подпись) (Напишите имя и фамилию печатными буквами)

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЕЙ:** Я заявляю, сознавая наказуемость ложных показаний в соответствии с законодательством Штата Калифорния, (1) что лицо, подписавшее или признавшее это “Заблаговременное медицинское распоряжение”, лично известно мне, или что личность этого человека подтверждена убедительными доказательствами; (2) что это лицо подписало или признало данное “Заблаговременное медицинское распоряжение” в моем присутствии; (3) что это лицо находится в здравом уме и делает это без принуждения, обмана или неблагоприятного влияния; (4) что я не являюсь лицом, назначенным качестве представителя в рамках этого Медицинского распоряжения; (5) что я не являюсь лицом, ответственным за лечение этого человека, или работником лица, ответственного за его лечение, или служащим лечебного учреждения или работником служащего лечебного учреждения, служащим дома для престарелых, или работником служащего дома для престарелых.

**ПЕРВЫЙ СВИДЕТЕЛЬ**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись свидетеля: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ВТОРОЙ СВИДЕТЕЛЬ**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись свидетеля: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЕЙ:** По крайней мере один из свидетелей должен подписать еще и следующее заявление:

Я также заявляю, сознавая наказуемость ложных показаний в соответствии с законодательством Штата Калифорния, что не являюсь родственником лица, подписавшего это “Заблаговременное медицинское распоряжение” по крови, браку, через усыновление или удочерение, а также, насколько мне известно, мне не причитается какая-либо часть наследства этого лица после его смерти в соответствии с имеющимся завещанием или по закону.

Подпись Свидетеля: \_\_\_\_\_

Подпись Свидетеля: \_\_\_\_\_

**ВЫ МОЖЕТЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВМЕСТО ЗАЯВЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЕЙ ЭТО ОФИЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ В ПРИСУТСТВИИ НОТАРИУСА**

Штат Калифорния }  
 } а именно  
Графство \_\_\_\_\_ }

Дата \_\_\_\_\_ , передо мной (имя, фамилия и должность)

лично предстал(и) ( имя(ена) и фамилия(и) подписавшего(их) \_\_\_\_\_ ,

которых я знаю лично ИЛИ  личность которых подтверждена документально

как лицо(а), чье(и) имя(ена) означено(ы) в этом документе, и подтвердило(и), что он/она/они является(ются) носителем(ями) такового(ых) во вверенных ему/ей/им полномочаях, и что, поставив его/ее/их подпись(и) на документе, это(и) лицо(а) или лицо, от имени которого выступает(ют) данное лицо(а), вводит(ят) в силу данный документ.

ЗАВЕРЯЮ своей рукой и официальной печатью (Раздел Гражданского Кодекса 1189)

Подпись Нотариуса: \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ 6 – ПОДПИСЬ ОСОБОГО СВИДЕТЕЛЯ**

Если Вы являетесь пациентом лечебного учреждения постоянного ухода, лицо, ответственное за охрану прав пациентов, должно подписать следующее заявление:

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЛИЦА, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА ОХРАНУ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ:**

Я заявляю, сознавая наказуемость ложных показаний по закону Штата Калифорния, что я являюсь, лицом, ответственным за соблюдение и охрану прав пациентов, как предусмотрено Государственным Департаментом по делам престарелых, и что я выступаю в качестве свидетеля в соответствии с разделом 4675 Кода по завещаниям и наследствам.

Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
(Подпись) (Напишите имя и фамилию печатными буквами)

Адрес: \_\_\_\_\_