

## M Instrukcje i dokument pełnomocnictwa w zakresie opieki zdrowotnej w stanie Massachusetts (Massachusetts Health Care Proxy Instructions and Document – Polish)

**Instrukcje:** Każda osoba dorosła w pełni władz umysłowych, która ukończyła co najmniej 18 lat, ma prawo wyznaczyć pełnomocnika medycznego (Health Care Agent) poprzez pełnomocnictwo w zakresie opieki zdrowotnej. W celu sporządzenia pełnomocnictwa w zakresie opieki zdrowotnej należy wydrukować ten dwustronicowy formularz i położyć przed sobą stronę z instrukcjami i pusty dokument. Następnie należy postępować zgodnie ze szczegółowymi instrukcjami i podpisać oraz opatrzyć datą pełnomocnictwo w zakresie opieki zdrowotnej w obecności dwóch świadków, którzy następnie również podpiszą dokument i opatrzą go datą.

### 1. Imię i nazwisko oraz adres *(wymagane)*

W pustym miejscu wpisać drukowanymi literami swoje imię i nazwisko. Wpisać swój adres drukowanymi literami.

### 2. Moim pełnomocnikiem medycznym jest: *(wymagane)*

Wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko, adres i numery telefonu pełnomocnika medycznego.

- Należy wybrać zaufaną osobę, która w sytuacji, gdy Pan(i) nie będzie w stanie samodzielnie podjąć lub zakomunikować decyzji, będzie podejmować za Pana(-ią) decyzje w zakresie opieki zdrowotnej w oparciu o Pana(-i) wybory, wartości i przekonania;
- Pełnomocnikiem medycznym i alternatywnym pełnomocnikiem medycznym nie może być osoba będąca operatorem, administratorem lub pracownikiem placówki, w której jest Pan(i) pacjentem lub rezydentem lub do której złożył(a) Pan(i) wniosek o przyjęcie, chyba że jest z Panem(-ią) spokrewniona, powiązana poprzez zawarcie związku małżeńskiego lub adopcję.

### 3. Alternatywny pełnomocnik medyczny *(nie jest wymagany, ale wyznaczenie go może być pomocne)*

Jeśli to możliwe, należy wyznaczyć zaufaną osobę jako pełnomocnika zastępczego lub alternatywnego, który może przejąć podejmowanie decyzji w zakresie opieki zdrowotnej, jeśli pełnomocnik medyczny nie będzie dostępny, chętny lub kompetentny do pełnienia swojej roli lub nie można będzie oczekiwać, że podejmie terminową decyzję. Wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko, adres i numery telefonu.

### 4. Uprawnienia pełnomocnika medycznego *(wymagane)*

W tym miejscu przyznaje Pan(i) swojemu pełnomocnikowi możliwie najszersze uprawnienia decyzyjne do podejmowania „wszystkich bez wyjątku” decyzji, w tym zastosowania leczenia podtrzymującego życie, lub ogranicza jego uprawnienia:

- Pole to należy zostawić puste, jeśli chce Pan(i) przyznać „wszystkie bez wyjątku” uprawnienia decyzyjne.
- Jeśli nie chce Pan(i) przyznać „wszystkich bez wyjątku” uprawnień decyzyjnych, proszę opisać w wyznaczonym miejscu, w jaki sposób chce Pan(i) ograniczyć uprawnienia swojego pełnomocnika.

### 5. Podpis i data *(wymagane)*

NIE należy podpisywać z wyprzedzeniem. Należy podpisać się imieniem i nazwiskiem oraz wpisać datę w obecności dwóch dorosłych świadków, którzy następnie również się podpiszą.

- Może Pan(i) poprosić inną osobę o podpisanie się w Pana(-i) imieniu w obecności dwóch świadków.

### 6. Oświadczenie i podpis świadka *(wymagane)*

Świadkiem może być osoba dorosła będąca w pełni władz umysłowych, z wyjątkiem pełnomocnika medycznego i alternatywnego pełnomocnika medycznego.

- Przy podpisywaniu tego dokumentu w charakterze świadków muszą być obecne dwie osoby dorosłe. Obserwują one podpisywanie dokumentu przez Pana(-ią) lub inną osobę na Pana(-i) prośbę, a następnie podpisują się na dokumencie, aby oświadczyć, że ma Pan(i) co najmniej 18 lat, jest w pełni władz umysłowych i nie podlega żadnemu przymusowi i niepożądanego presji.
- Najpierw podpisuje się pierwszy świadek, potem wpisuje drukowanymi literami swoje imię i nazwisko i datę;
- Potem podpisuje się drugi świadek, wpisuje drukowanymi literami swoje imię i nazwisko i datę.

### 7. Oświadczenie pełnomocnika medycznego *(opcjonalne)*

Wypełnienie tej części nie jest obowiązkowe, może jednak pomóc lekarzom i rodzinie dowiedzieć się, że wyznaczeni pełnomocnicy zaakceptowali swoją rolę. Pełnomocnik(-cy) podpisuje się i wpisuje datę w wyznaczonych miejscach.

**Ważne!** Powinien/Powinna Pan(i) zachować oryginał pełnomocnictwa w zakresie opieki zdrowotnej. Należy zrobić kopię dokumentu i przekazać ją swojemu pełnomocnikowi medycznemu. Kopię dokumentu należy również przekazać swoim lekarzom i świadczeniodawcom opieki w celu włączenia jej do Pana(-i) dokumentacji medycznej, aby wiedzieli, jak skontaktować się z pełnomocnikiem w przypadku gdy Pan(i) zachoruje lub dozna urazu i nie będzie w stanie wyrazić się w swoim imieniu.

## Pełnomocnictwo w zakresie opieki zdrowotnej w stanie Massachusetts (Massachusetts Health Care Proxy – Polish)

**1. Ja,** \_\_\_\_\_ zamieszkały(-a) pod adresem \_\_\_\_\_, wyznaczam następującą osobę na mojego pełnomocnika medycznego i upoważniam ją do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w moim imieniu. Upoważnienie to staje się skuteczne z chwilą, gdy mój lekarz prowadzący stwierdzi na piśmie, że nie jestem w stanie samodzielnie podejmować lub przekazywać decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, zgodnie z Rozdziałem 201D ogólnych przepisów stanu Massachusetts.

### **2. Moim pełnomocnikiem medycznym jest:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

### **3. Alternatywny pełnomocnik medyczny**

Wyznaczam wymienioną niżej osobę jako alternatywnego pełnomocnika na wypadek, gdyby mój pełnomocnik nie był dostępny, chętny lub kompetentny do podejmowania decyzji, lub jeśli nie będzie można oczekiwać, że podejmie decyzję w odpowiednim czasie:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

### **4. Uprawnienia pełnomocnika medycznego**

Udzielam mojemu pełnomocnikowi medycznemu takich samych uprawnień, jakie posiadam do podejmowania wszystkich bez wyjątku decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, w tym decyzji o zastosowaniu leczenia podtrzymującego życie, z wyjątkiem (wymienić ewentualne ograniczenia uprawnień lub wydać zalecenia):

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

Upoważniam mojego pełnomocnika medycznego do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w oparciu o jego ocenę moich wyborów, wartości i przekonań, jeśli są one znane, oraz leżących w moim najlepszym interesie, jeśli nie są znane. Przyznaję pełnomocnikowi medycznemu takie same prawa, jakie ja posiadam, do wykorzystywania i ujawniania moich informacji zdrowotnych i dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 roku (HIPAA), 42 USC 1320d. Kserokopie niniejszego pełnomocnictwa medycznego mają taką samą pełną moc prawną jak oryginalny dokument.

**5. Podpis i data.** Podpisuję się i datuję pełnomocnictwo w zakresie opieki zdrowotnej w obecności dwóch świadków.

**PODPIS** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_

### **6. Oświadczenie i podpis świadka**

My, niżej podpisani, byliśmy świadkami podpisania niniejszego dokumentu przez lub na polecenie wymienionego wyżej sygnatariusza i stwierdzamy, że sygnatariusz ma co najmniej 18 lat, jest w pełni władz umysłowych i nie podlega żadnemu przymusowi i niepożądanego presji. Żaden z nas nie jest pełnomocnikiem medycznym ani alternatywnym pełnomocnikiem medycznym.

#### **Świadek pierwszy**

Podpis: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

#### **Świadek drugi**

Podpis: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### **7. Oświadczenie pełnomocnika medycznego (opcjonalne):**

Uważnie zapoznaliśmy się z niniejszym dokumentem i zgadzamy się na pełnienie wyznaczonej roli.

Pełnomocnik medyczny \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Alternatywny pełnomocnik medyczny \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_