



ممثل الرعاية الصحية في إنديانا:

ممثل الرعاية الصحية هو شخص تختاره أنت لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية، بما في ذلك القرارات المتعلقة بنهاية الحياة، إذا كنت غير قادراً على اتخاذ قراراتك بنفسك. من المستحسن أن تتحدث مع هذا الشخص عن تفضيلاتك مسبقاً. سيحدد الطبيب ما إذا كنت غير قادراً على اتخاذ قراراتك بنفسك.

اسمي (الاسم القانوني الكامل – يُطلق عليه أيضاً "صاحب الإقرار") تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)

***** للأغراض التعليمية فقط *****

يمكن لممثل الرعاية الصحية الخاص بي اتخاذ القرارات بالنيابة عني إذا لم أتمكن من اتخاذ ومشاركة قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي. يجب على ممثل الرعاية الصحية الخاص بي اتباع رغباتي والقيم الخاصة بي. تشمل هذه القيم أفكاري حول الكرامة ونوعية الحياة. إذا لم يكن ممثل الرعاية الصحية الخاص بي على علم برغباتي، فيجب عليه التصرف بحسن نية واتخاذ القرارات التي تحقق المصلحة المثلى بالنسبة لي. تشمل هذه القرارات على سبيل المثال لا الحصر:

- الموافقة على العلاج الطبي
- وقف العلاج الطبي
- رفض العلاج الطبي
- ترتيب رعاية الراحة (رعاية هدفها توفير الراحة)

أريد أن يكون الشخص التالي ممثل الرعاية الصحية الخاص بي (HCR):

رقم هاتف ممثل الرعاية الصحية (HCR)

اسم ممثل الرعاية الصحية (HCR)

***** للأغراض التعليمية فقط *****

إذا لم يكن HCR الأساسي المذكور أعلاه قادراً أو متاحاً للتصرف نيابةً عني، فإني أُرغب أن يكون الشخص التالي ممثل الرعاية الصحية الاحتياطي الخاص بي:

رقم هاتف ممثل الرعاية الصحية الاحتياطي

اسم ممثل الرعاية الصحية الاحتياطي

***** للأغراض التعليمية فقط *****

بيان اختياري عن التفضيلات:

أود تقديم بعض الإرشادات الإضافية لممثل الرعاية الصحية الخاص بي بشأن تفضيلاتي الخاصة بنهاية الحياة. (يرجى تحديد خيار واحد فقط أدناه).

- إن نوعية حياتي أهم من طول حياتي. إذا لم أتمكن من اتخاذ قراراتي بنفسي وكان طبيبي المعالج يعتقد أنني لن أتعافى، فأنا لا أريد أن تطيل العلاجات حياتي أو تؤخر وفاتي. وبدلاً من ذلك، أُرغب في الحصول على العلاج أو الرعاية التي تجعلني أشعر بالراحة وتخفف من الألم.
- إن البقاء على قيد الحياة هو الأهم بالنسبة لي، بغض النظر عن مدى تقدم حالتي المرضية أو مدى ضعف فرص شفائي. أريد أن تطول حياتي إلى أقصى حد ممكن، وفقاً للمعايير الطبية المعقولة.
- اختار عدم إكمال هذا القسم في هذا الوقت.

التوقعات المطلوبة:

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فأني أُلغى وأبطل كل توكيل رسمي للرعاية الصحية قمت بالتوقيع عليه في الماضي.

التاريخ

***** للأغراض التعليمية فقط *****

التوقيع (صاحب الإقرار)

الاسم مطبوعاً (صاحب الإقرار)

يجب أن يتم توقيع هذا النموذج إما من قِبل شاهدين بالغين (أسفل اليسار) أو توثيقه (أسفل اليمين) ليعتبر صالحاً من الناحية القانونية.

توقيع شاهدين بالغين

يؤكد كل من الشهود الموقعين أدناه أنه قد تلقى دليلاً مرضياً على هوية صاحب الإقرار وهو مقتنع بأن صاحب الإقرار سليم العقل ولديه القدرة على التوقيع على التوجيهات المسبقة أعلاه. واحد على الأقل من الشهود الموقعين أدناه ليس زوجاً أو زوجة أو قريباً آخر لصاحب الإقرار.

التوثيق

ولاية إنديانا ()
تحديداً ()
مقاطعة ()

أمامي، أنا كاتب العدل، قد حضر شخصياً [اسم] صاحب الإقرار المُوَقَّع، الذي أقر أن تنفيذ التوجيهات المسبقة السالفة الذكر هو بناء على اختياره وقد قام بذلك طوعاً، والذي يعد أن أدى اليمين حسب الأصول، ذكر أن أي إقرارات واردة في تلك المسألة صحيحة.

استخدم هذه المساحة لأسماء شخص أو شخصين تثق بهم لاتخاذ القرارات نيابة عنك إذا كنت غير قادراً على اتخاذها بنفسك.

استخدم هذه المساحة للختم والمعلومات الخاصة بكاتب العدل

تم إنشاء هذه التوجيهات المسبقة من قبل التحالف الخاص بتفضيلات المريض في ولاية إنديانا وهي متاحة مجاناً. راجع www.INadvancedirectives.org لمزيد من المعلومات.