

د انډیانا د روغتیا پاملرنې استازی:

د روغتیا پاملرنې استازی هغه شخص دی چې تاسو یې د روغتیا پاملرنې پریکړې کولو لپاره ټاکئ، د ژوند د پای پریکړو په شمول، که چیرې تاسو پخپله د پریکړې کولو توان ونلری. دا یو ښه نظر دی چې د وخت څخه مخکې د دې شخص سره د خپلو غوره توبونو په اړه خبرې وکړئ. یو ډاکټر به دا وټاکي چې آیا تاسو نشئ کولی خپله پریکړه پخپله وکړئ.

زما نوم (بشپړ قانوني نوم – چې "اعلان کونکي" ورته هم ویل کیږي) د زیږون نېټه (MM/DD/YYYY)

**** یوازې د تعلیمي موخو لپاره ****

که چیرې زه نشم کولی د خپل روغتیا پاملرنې پریکړې پخپله وکړم او شریکې یې کړم نو زما د روغتیا پاملرنې استازی کولی شي زما لپاره پریکړې وکړي. زما د روغتیا پاملرنې استازی باید زما هیلې او ارزښتونه تعقیب کړي. زما په ارزښتونو کې د وقار او د ژوند کیفیت په اړه زما نظرونه شامل دي. که زما د روغتیا پاملرنې استازی زما له هیلو څخه خبر نه وي، زما د روغتیا پاملرنې استازی باید په ښه نیت عمل وکړي او هغه پریکړې وکړي چې زما لپاره تر ټولو زیات ګټورې وي. پدې پریکړو کې شامل دي مګر محدود ندي:

- د طبي درملني سره موافقه کول
- د طبي درملني بندول
- د طبي درملني څخه انکار کول
- د آرامتیا پاملرنه تنظیم کول

زه غواړم چې لاندې کس زما د روغتیا پاملرنې استازی (HCR) شي:

د HCR تلیفون شمیره

د HCR نوم

**** یوازې د تعلیمي موخو لپاره ****

که زما لومړنی HCR چې پورته نومول شوی زما لپاره د عمل کولو توان ونلري یا موجود نه وي، زه غواړم لاندې کس زما د روغتیا پاملرنې بیک اپ استازی (Back up) استازی یا هغه کس چې د اصلي استازی د نه شتون په صورت کې د ناروغ استازیتوب کوي) وي:

د بیک اپ HCR تلیفون شمیره

د بیک اپ HCR نوم

**** یوازې د تعلیمي موخو لپاره ****

د غوره توبونو اختیاري بیان:

زه غواړم چې خپل روغتیا پاملرنې استازی لپاره د خپل ژوند د پای غوره توبونو په اړه ځینې اضافي لارښوونې چمتو کړم. (مهرباني وکړئ لاندې یوازې یو اختیار غوره کړئ).

- زما د ژوند کیفیت زما د ژوند اوږدوالي څخه ډیر مهم دی. که زه نشم کولی خپله پریکړه پخپله وکړم او هغه ډاکټر چې ما معاينه کوي پدې باور وي چې زه رغیدلی نشم، نو زه نه غواړم چې درملني زما ژوند اوږد کړي یا زما مرګ وځنډوي. پرځای یې، زه هغه درملنه یا پاملرنه غواړم چې ما آرام کړي او ما له درد څخه خلاص کړي.
- ژوندی پاتې کیدل زما لپاره ډیر مهم دی، دا مهمه نده چې زه څومره ناروغ یم یا زما د رغیدو چانس څومره ناشونی دی. زه غواړم چې زما ژوند د مناسب طبي معیارونو سره سم د امکان تر حده اوږد شي.
- زه په دې وخت کې د دې برخې نه بشپړول غوره کوم.

اړين لاسليکونه:

د دې فورمې په لاسليک کولو سره، زه د هر هغه روغتيايي پاملرنې واک چې ما په تير وختونو کې لاسليک کړی دی فسخ او لغوه کوم.

نيټه

**** يوازي د تعليمي موخو لپاره ****

لاسليک (اعلان کونکي)

چاپ شوی نوم (اعلان کونکي)

دا فورمه بايد يا د 2 بالغو شاهدانو لخوا لاسليک شي (لاندې کين لور ته) يا د يو محرر لخوا تصديق شي (لاندې بڼي لور ته) چې دا په قانوني توگه د اعتبار وړ ده.

د دوو بالغو شاهدانو لاسليکونه

هر يو لاندې لاسليک کونکی شاهد تاييدوي چې هغه يا هغې د اعلان کونکي هويت په اړه د قناعت وړ ثبوت تر لاسه کړی او مطمئن دی چې اعلان کونکی سالم ذهن لري او د پورتنې پيشکي لارښود د لاسليک کولو وړتيا لري. د لاندې لاسليک کونکو شاهدانو څخه لږ تر لږه يو يې د اعلان کونکي خاوند/ميرمن يا کوم بل خپلوان نه دی.

د محرر تصديق

د انډيانا ايالت

(
:SS (کاونتي د
(_____

زما، يو عامه محرر، په وړاندې،

[د اعلان کونکي نوم چې لاسليک کوي] په شخصي توگه حاضر شو، چا چې د وړاندې شوي پيشکي لارښود اجرا کول د خپل داوطلبانه عمل په توگه ومنل، او چا چې، په مناسبه توگه د سوگند پورته کولو سره، وويل چې په دې کې هر ډول استازيتوبونه ريښتيا دي.

دا ځای د محرر عامه مهر او معلوماتو لپاره وکاروئ

دا ځای د هغو 1-2 خلکو د نومونو لپاره وکاروئ چې تاسو پرې باور لرئ ستاسو لپاره پريکړې وکړي پداسې حال کې که تاسو خپله د ځان په اړه پريکړې نشئ کولی.

دا پيشکي لارښود د انډيانا د ناروغانو د غوره توبونو ايتلاف لخوا رامینځته شوی او په وړيا توگه شتون لري. د نورو معلوماتو لپاره www.INadvancedirectives.org څخه ليدنه وکړئ.