



**Przewodnik dotyczący planowania
przyszłej opieki zdrowotnej**
Decyzje w zakresie opieki medycznej



AT THE FOREFRONT
UChicago
Medicine

Ten przewodnik należy do

Imię i nazwisko:

Adres:

Miejscowość:

Stan:

Kod pocztowy:

Telefon:

Adres e-mail:

Mój zespół opieki zdrowotnej

Część treści niniejszego przewodnika została pierwotnie opracowana przez Advance Care Planning Committee (Komitet ds. Planowania Przyszłej Opieki) przy szpitalu North Shore University Health System.

Advance Care Planning Guide (Polish)
Wszystkie informacje zostały zweryfikowane pod kątem zrozumiałości i łatwości językowej przez Diversity, Inclusion and Equity Department (Wydział ds. Różnorodności, Integracji i Równości) University of Chicago Medicine w dniu 4-22-2021

Plan przyszłej opieki zdrowotnej

Zapoznaj się z treścią przewodnika i postępuj zgodnie z zawartymi w nim instrukcjami, aby utworzyć własny plan przyszłej opieki zdrowotnej

		Strona
Czym jest „testament życia”		4
Informacje dotyczące planowania przyszłej opieki zdrowotnej		5 - 6
Etapy tworzenia planu przyszłej opieki zdrowotnej		
Etap 1	Wybierz osobę, która będzie Twoim pełnomocnikiem medycznym.	7
Etap 2	Oceń swoje wartości. Zdecyduj, jakie wartości są najważniejsze w Twoim życiu i mogą pomóc w podjęciu przyszłych decyzji.	8 - 9
Etap 3	Pomyśl , jak zadbał(a)byś o siebie w różnych potencjalnych sytuacjach, i przygotuj się na rozmowę o tym ze swoim pełnomocnikiem medycznym.	10 - 11
Etap 4	Przeprowadź rozmowę. Porozmawiaj ze swoim pełnomocnikiem medycznym o planie przyszłej opieki zdrowotnej.	12
Etap 5	Wypełnij formularz Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej. Skorzystaj z formularza stanu Illinois lub formularza właściwego dla swojego stanu. Pobierz bezpłatny formularz stanu Illinois: https://dph.illinois.gov/sites/default/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf	13
Etap 6	Przełącz podpisany przez siebie egzemplarz Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej swojemu pełnomocnikowi medycznemu oraz zespołowi opieki zdrowotnej.	13
Etap 7	Weryfikuj plan przyszłej opieki zdrowotnej. Weryfikuj i aktualizuj swój plan co 10 lat, a także w przypadku zmiany lub pogorszenia się Twojego stanu zdrowia, śmierci bliskich lub rozvodu.	14
Dodatkowe informacje		
Zasoby		15
Lista kontrolna		16

Czym jest „testament życia”

Testament życia to pisemne instrukcje dotyczące postępowania medycznego mówiące o tym, co należy zrobić, jeśli nie będziesz w stanie samodzielnie podejmować decyzji. Testament życia jest akceptowany przez prawo stanowe.

W tym przewodniku skupiamy się na Pełnomocnictwie do spraw opieki zdrowotnej. Istnieją inne rodzaje testamentu życia, które można wybrać, np. oświadczenie woli. Spisanie testamentu życia jest Twoim prawem.

Rodzaje testamentów życia

Do Not Resuscitate (Nie reanimować, DNR): Deklaracja medyczna z wytycznymi wystawiona przez lekarza (za zgodą pacjenta). Mówi pracownikom służby zdrowia o tym, aby nie podejmowali u pacjenta resuscytacji krążeniowo-oddechowej w momencie zatrzymania u niego krążenia krwi lub oddechu.

Healthcare Power of Attorney (Pełnomocnictwo do spraw opieki zdrowotnej, POA): Dokument prawny umożliwiający innej osobie podejmowanie decyzji medycznych za pacjenta.

Living Will (Oświadczenie woli): Oświadczenie woli to dokument, który wyjaśnia, czy pacjent chce być podłączony do aparatury podtrzymującej życie w przypadku, jeśli będzie śmiertelnie chory i bez takiej aparatury wkrótce umrze lub gdy będzie w stanie trwale wegetatywnym. Oświadczenie woli staje się skuteczne tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie samodzielnie wyrazić swojej woli.

Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (Zalecenia lekarskie dotyczące leczenia podtrzymującego życie, POLST): Zalecenia lekarskie obejmujące plan pacjenta dotyczący zastosowania leczenia podtrzymującego życie pod koniec jego życia. W zaleceniach opisuje się wolę pacjenta dotyczącą pożądanego rodzaju opieki pod koniec jego życia oraz opinię lekarza sporządzoną na podstawie analizy lekarskiej.

Typowe definicje stosowane w testamentach życia

Cardiopulmonary Resuscitation (resuscytacja krążeniowo-oddechowa, CPR): Procedura nagła, w której stosuje się uciśnięcia klatki piersiowej i aparat do sztucznego oddychania. Celem jest ręczne podtrzymanie pracy mózgu, dopóki nie będzie można zrobić więcej, aby przywrócić czynność serca i płuc.

Long-Term Care Insurance (Ubezpieczenie opieki długoterminowej, LTC): Polisa ubezpieczeniowa, która pomaga pokryć koszty opieki długoterminowej w przypadku przewlekłej (długotrwałej) choroby lub niepełnosprawności. W ramach większości polis pacjent otrzymuje zwrot kosztów opieki świadczonej w wielu miejscach: w domu pacjenta, placówkach opiekuńczo-pielęgnacyjnych czy domach spokojnej starości.

Pełnomocnik medyczny: Osoba wybrana przez pacjenta do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w jego imieniu, gdy ten utraci zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji.

Plan przyszłej opieki zdrowotnej

Plan przyszłej opieki zdrowotnej to proces, w którym decydujesz i komunikujesz, co jest dla Ciebie ważne i jakiego rodzaju opieki medycznej chcesz dla siebie w przyszłości.

Wcześniejsze zaplanowanie opieki zdrowotnej jest ważne na wypadek, gdybyś kiedyś nie był(a) w stanie samodzielnie podejmować decyzji z powodu wypadku lub choroby.

Planowanie przyszłej opieki zdrowotnej to nie szybka, jednorazowa decyzja. To proces trwający przez całe życie, ponieważ wraz z upływem czasu zmieniają się Twoje pragnienia i wartości.



Plan przyszłej opieki zdrowotnej to spisany plan udostępniany zaufanym osobom i lekarzom. Obejmuje Twoje osobiste wartości, cele życiowe i to, czego oczekujesz od przyszłej opieki medycznej. Plan przyszłej opieki zdrowotnej może okazać się dla Twoich bliskich prezentem, ponieważ niewykluczone, że w nagłych przypadkach mogliby mieć trudności z dokonaniem wyborów dotyczących Twojej opieki.

Etapy planowania przyszłej opieki zdrowotnej:

1. Wybierz jedną zaufaną osobę na swojego pełnomocnika medycznego.
2. Przemyśl swoje wartości.
3. Pomyśl o tym, jakiego rodzaju opieki zdrowotnej chcesz w różnych sytuacjach.
4. Porozmawiaj o tym ze swoim pełnomocnikiem medycznym.
5. Wypełnij formularz Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej stanu Illinois lub formularz właściwy dla stanu, w którym mieszkasz.
6. Przekaż plan swoim lekarzom.
7. Pamiętaj o regularnym aktualizowaniu planu.

Plan przyszłej opieki zdrowotnej jest zalecany **osobom pełnoletnim w każdym wieku (powyżej 18. r.ż.), zdrowym lub chorym na dowolnym etapie choroby**. Nikt nie jest w stanie przewidzieć przyszłości, więc dobrze być przygotowanym. Najlepiej rozmawiać o swoim planie opieki, gdy jest się zdrowym. Jest wtedy wystarczająco dużo czasu, aby dokładnie przeanalizować plan z osobami, którym ufasz.

Plan przyszłej opieki zdrowotnej

W stanie Illinois pełnomocnik medyczny (ang. medical decision-maker) może być również nazywany przedstawicielem medycznym (ang. healthcare agent).

W danym momencie można mieć tylko jednego przedstawiciela medycznego. Zaleca się jednak wybranie 2 osób rezerwowych.

Przedstawiciele wskazani w drugiej i trzeciej kolejności są nazywani **przedstawicielami zastępczymi**, ponieważ pełnią rolę zastępców przedstawiciela wybranego w pierwszej kolejności.

Jeśli Twój pierwotny przedstawiciel medyczny nie będzie mógł podejmować za Ciebie decyzji, w Twoim imieniu będzie mógł działać tylko jeden przedstawiciel zastępczy. Zastępcy mogą działać tylko w takiej kolejności, w jakiej ich wymieniłeś(-aś).

Jeśli nie potrafisz wskazać żadnej zaufanej osoby na przedstawiciela, bardzo ważne jest, aby porozmawiać z lekarzem i innymi członkami personelu medycznego o swoich życzeniach.

W obliczu trudnych decyzji medycznych warto poradzić się:

- Krewnych lub rodziny z wyboru
- Żony/męża lub partnerki/partnera
- Przyjaciół
- Wspólnoty religijnej
- Różnych lekarzy

Wykonaj czynności opisane na następujących stronach, aby stworzyć Plan przyszłej opieki zdrowotnej.

Niniejszy przewodnik pomoże Ci:

- wybrać pełnomocnika (przedstawiciela) medycznego;
- zdecydować, co jest dla Ciebie ważne;
- przekazać innym swoją wolę i swoje życzenia;
- uprawomocnić swój plan za pomocą formularza pełnomocnictwa.



Etap 1: Wybierz pełnomocnika medycznego

Wybierz osobę, która będzie Twoim pełnomocnikiem (przedstawicielem) medycznym.

Zastanów się, w jaki sposób pełnomocnik medyczny ma działać w Twoim imieniu.

Zalecamy wybranie zaufanej osoby, która:

- wypełni Twoją wolę;
- rozumie Twoje wartości;
- potrafi działać pod presją;
- potrafi podejmować trudne decyzje dotyczące opieki zdrowotnej;
- podejmie decyzje medyczne zgodne z Twoimi życzeniami.



Wybierz kogoś, kto w sytuacji, kiedy Ty nie będziesz w stanie podejmować samodzielnych decyzji, zachowa spokój i będzie w stanie racjonalnie wypełnić Twoją wolę.

Wskazanie jednego pełnomocnika medycznego nie wyklucza możliwości zaangażowania innych osób.

Oto przykłady tego, co Twój pełnomocnik medyczny może robić w Twoim imieniu:

- Rozmawiać z personelem medycznym o Twoim stanie.
- Mieć dostęp do Twojej dokumentacji medycznej i decydować, kto jeszcze może ją zobaczyć.
- Wyrazić zgodę na badania lekarskie, leki, zabiegi chirurgiczne lub inne metody leczenia.
- Decydować, gdzie będziesz leczony(-a) i kto Cię będzie leczył.
- Wyrazić zgodę na leczenie mające na celu utrzymanie Cię przy życiu, jeśli jesteś bliski(-a) śmierci lub nie ma szans na wyzdrowienie, a także zaprzestać lub odmówić takiego leczenia. Możesz dodać własne instrukcje lub ograniczenia dotyczące działań, które Twój pełnomocnik medyczny może w tym czasie podejmować.
- Wyrazić zgodę lub nie zgodzić się na oddanie Twoich narządów lub całego Twojego ciała, jeśli jeszcze nie podjąłeś/podjęłaś tej decyzji samodzielnie. Może to obejmować oddawanie narządów do celów transplantacyjnych, badawczych i edukacyjnych.
- Decydować, co zrobić z Twoimi szczątkami (Twoim ciałem) po Twojej śmierci, jeśli sam(a) o tym nie zdecydowałeś(-aś).
- Rozmawiać z innymi Twoimi bliskimi, aby pomóc im podjąć decyzję. Ostateczna decyzja będzie należeć do wyznaczonego przez Ciebie przedstawiciela.
- Twój przedstawiciel nie jest automatycznie odpowiedzialny za Twoje wydatki związane z opieką zdrowotną.

W stanie Illinois Twój prawnie wyznaczony pełnomocnik medyczny musi mieć ukończone 18 lat.

Etap 2: Oceń swoje wartości

Oceń każdą z poniższych pozycji, aby łatwiej było Ci zdecydować, które wartości są dla Ciebie najważniejsze podczas tworzenia planu dotyczącego Twojej przyszłej opieki medycznej.

Wartości dotyczące opieki medycznej	Nieistotne	Mało ważne	Ważne	Bardzo ważne
Przytomność umysłu i rozpoznawanie bliskich				
Łagodzenie bólu przy użyciu leków, nawet jeśli mają skutki uboczne				
Normalne przyjmowanie jedzenia i odczuwanie jego smaku, bez sztucznych metod ani środków medycznych				
Znajomość wszystkich opcji dotyczących mojego stanu				
Wiedza, co będzie się działo z moim ciałem w miarę postępu choroby				
Wypróbowanie wszystkich możliwych sposobów leczenia				
Udział w badaniach klinicznych, choćby tylko po to, aby pomóc innym				
Maksymalnie długie życie, niezależnie od stanu mojego organizmu				
Użycie respiratora, jeśli nie będę w stanie oddychać				
Oddanie moich narządów lub mojego ciała po śmierci				
Wartości osobiste	Nieistotne	Mało ważne	Ważne	Bardzo ważne
Zachowanie godności				
Brak konieczności przebywania w domu opieki				
Zdolność do w miarę normalnego wykonywania codziennych czynności				
Udzielanie rad i wskazówek				

Etap 2: Ciąg dalszy

Oceń, na ile ważna jest dla Ciebie każda z poniższych pozycji.

Wartości osobiste	Nieisto tne	Mało ważne	Ważne	Bardzo ważne
Uniknięcie sporów w rodzinie				
Uporządkowanie swoich spraw, aby zminimalizować skutki dla bliskich				
Możliwość otwartego mówienia o swoich lękach/obawach				
Możliwość poproszenia o wybaczenie				
Dopilnowanie osiągnięcia ważnych celów w życiu				
Uwzględnienie tradycji, wierzeń i praktyk duchowych/religijnych				
Otrzymanie wsparcia od przywódcy religijnego lub duchowego				
Wartości dotyczące śmierci	Nieisto tne	Mało ważne	Ważne	Bardzo ważne
Śmierć w otoczeniu rodziny, nie w samotności				
Możliwość pożegnania się z bliskimi				
Śmierć w domu				
Śmierć w szpitalu				
Śmierć naturalna, bez podłączenia do przewodów/aparatury				
To, co stanie się z moim ciałem po śmierci				
Oficjalne pożegnanie lub pogrzeb				

Etap 3: Weź pod uwagę różne sytuacje

Pomyśl o tym, jakiego rodzaju opieki medycznej byś chciał(a), gdyby coś Ci się przydarzyło, np. wypadek lub choroba. Przykłady te mogą pomóc Twojemu pełnomocnikowi medycznemu podjąć decyzję w trudnej sytuacji. Pamiętaj: tu nie ma dobrych ani złych odpowiedzi.

- Czy jest jakiś stan fizyczny, którego nie był(a)byś w stanie znieść, zwłaszcza przez dłuższy czas? _____

- Czy są jakieś schorzenia lub choroby, w których nie życzył(a)byś sobie utrzymywania Cię przy życiu przez stosowanie agresywnych metod leczenia? _____

Nagły wypadek

Cieszysz się dobrym zdrowiem, lecz nagle masz poważny wypadek samochodowy. Twój mózg został poważnie uszkodzony i podłączono Cię do aparatury podtrzymującej pracę Twojego serca, płuc i innych ważnych narządów. Twoja przyszłość jest niepewna.

Czy chciał(a)byś, aby podtrzymywano Cię przy życiu?

- Nie**, nie chciał(a)bym być podłączony(-a) do urządzeń podtrzymujących życie.
- Tak**, chciał(a)bym nadal być podłączony(-a) do urządzeń podtrzymujących życie.

Jeśli zaznaczyłeś(-aś) „tak”, w jakich sytuacjach nie byłoby to dla Ciebie dopuszczalne? _____

Inwazyjne procedury medyczne

Cierpisz na chorobę serca i cukrzycę. Leczenie w celu przedłużenia Twojego życia może wiązać się z inwazyjnymi procedurami kardiologicznymi, które często obejmują operację serca, długi pobyt w szpitalu i skomplikowane leczenie.

Czy zgadzasz się na inwazyjne leczenie?

- Nie**, niech los zdecyduje za mnie.
- Tak**, chcę poddać się agresywnemu leczeniu.

Jeśli tak, czy są jakieś procedury, którym nie chciał(a)byś się poddać? Czy jest coś, co zmieniłoby Twoje zdanie? _____

Etap 3: Ciąg dalszy

Karmienie przez sondę

Lekarz informuje Cię, że wykryto u Ciebie chorobę mogącą zmniejszyć Twoją zdolność do wykonywania codziennych czynności.

Na skutek postępów choroby nie jesteś w stanie samodzielnie dbać o siebie, mówić ani przełykać.

Jedyną szansą na przeżycie jest założenie sondy żołądkowej, aby dostarczać Ci pożywienie w postaci płynnej.

Czy chciał(a)byś, aby założono Ci sondę?

- Nie**, nie chciał(a)bym, aby założono mi sondę.
- Tak**, chciał(a)bym, aby założono mi sondę.

Jeśli tak, jak długo chciał(a)byś pozostać na sztucznym karmieniu? _____

Miejsce leczenia

Zdiagnozowano u Ciebie nowotwór z przerzutami. Leczenie tymczasowo zatrzymuje postęp choroby. W pewnym momencie leczenie przestanie działać, a nowotwór doprowadzi do śmierci.

Kiedy dalsze leczenie nowotworu nie będzie już możliwe, w jakim miejscu chcesz otrzymywać opiekę?

- W domu**, chciał(a)bym otrzymywać opiekę w domu.
- W szpitalu**, chciał(a)bym otrzymywać opiekę w szpitalu.
- Inne miejsce**

Jeśli w innym miejscu, gdzie dokładnie? _____

Procedury medyczne pod koniec życia

Na skutek ciężkiej choroby nie jesteś w stanie kontaktować się z bliskimi. Szanse na wyzdrowienie są bardzo niewielkie, a w dodatku maleją wraz z upływem czasu.

Jak długo chciał(a)byś próbować wszelkich dostępnych sposobów leczenia (łącznie z tymi potencjalnie bardzo bolesnymi)?

- Chciał(a)bym wypróbować różne opcje pod warunkiem dużych szans na wyzdrowienie
- Chciał(a)bym przed śmiercią wypróbować wszelkie dostępne opcje

Inne uwagi: _____

Etap 4: Przeprowadź rozmowę

Czas na przekazanie tych informacji. Po określeniu ważnych dla Ciebie wartości, ustaleniu decyzji w różnych sytuacjach i tego, jak Twój pełnomocnik medyczny ma podejmować decyzje w Twoim imieniu, prześlaj te informacje wybranym osobom.



Sposoby pozwalające zagwarantować odpowiedni przebieg rozmowy:

- **Podczas rozmowy możesz korzystać z niniejszego przewodnika.** Możesz nawet przed rozmową przekazać innym osobom kopie swoich zapisków i dać im czas na przemyślenie Twoich odpowiedzi.
- Wybierz komfortowe otoczenie do przeprowadzenia rozmowy.
- Ustal, czy chcesz odbyć tę rozmowę wyłącznie z osobą wybraną na pełnomocnika medycznego, czy również z udziałem innych osób, aby upewnić się, że wszyscy będą zorientowani co do Twojej woli.
- Powiedz swojemu pełnomocnikowi medycznemu, dlaczego wybrałeś(-aś) akurat jego/ją do tej ważnej roli.
- Powiedz, co sądzisz o swoim obecnym stanie zdrowia i co według Ciebie może Ci się przydarzyć.
- Powiedz, co najbardziej cenisz w życiu i co jest dla Ciebie najważniejsze.
- Powiedz, w jakich sytuacjach nie chciał(a)byś się znaleźć.
- Prześlaj przydatne informacje dotyczące Twoich własnych decyzji dotyczących życia lub śmierci. Na przykład:
 - ✓ Zwracaj się o radę do moich przyjaciół, bliskich i przywódców religijnych/duchowych.
 - ✓ Ściśle przestrzegaj moich życzeń.
 - ✓ Ufam Ci i wiem, że dokonasz właściwego wyboru, niezależnie od okoliczności.
 - ✓ Zwróć się o radę do zaufanego lekarza, aby dowiedzieć się, jaki tok postępowania uznaliby za leżący w moim najlepszym interesie.
 - ✓ Uwzględniaj ważne dla mnie wartości kulturowe, religijne i duchowe.
 - ✓ Rozważ każdą opcję leczenia, w tym zasięgnięcie opinii innych specjalistów oraz dostępne terapie eksperymentalne.

Etap 5: Wypełnij formularz pełnomocnictwa

Musisz wypełnić formularz Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej.

Aby powołać pełnomocnika medycznego w sposób wiążący prawnie, należy wypełnić obowiązujący w stanie Illinois formularz **Power of Attorney for Health Care (Pełnomocnictwo do spraw opieki zdrowotnej)**. Można go pobrać bezpłatnie:

<https://dph.illinois.gov/sites/default/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf>

Możesz również skorzystać z innego formularza, o ile spełnia on wymogi prawne stanu, w którym mieszkasz. Odpowiednie pełnomocnictwo z innego stanu lub kraju będzie prawnie wiążące i legalne w stanie Illinois.

Formularz musi zostać podpisany przez Ciebie i świadka.

Jedna osoba w wieku powyżej 18 lat musi podpisać formularz jako świadek.

Świadkiem nie może być:

- Twój pełnomocnik medyczny;
- Twój krewny ani żadna osoba związana z Tobą poprzez małżeństwo lub adopcję;
- członek Twojego obecnego zespołu opieki zdrowotnej;
- właściciel ani operator placówki medycznej, w której jesteś zarejestrowany(-a).

W stanie Illinois poświadczenie notarialne formularza nie jest wymagane.

Etap 6: Przekaż kopię formularza swoim

lekarzem

Po wypełnieniu formularza ustanawiającego pełnomocnika medycznego przekaz kopię personelowi medycznemu. **Zabierz go ze sobą na kolejną wizytę w UChicago Medicine lub w innych placówkach, w których korzystasz z opieki medycznej.** Personel medyczny załączy formularz do Twojej dokumentacji medycznej.

Dzięki znajomości tych informacji Twój personel medyczny będzie wiedział, kto jest Twoim pełnomocnikiem medycznym, i będzie mógł dopilnować, aby Twoja wola została uszanowana.

- Powiedz im, kogo wybrałeś(-aś) na swojego pełnomocnika medycznego.
- Przekaż kopię formularza Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej.
- Poinformuj o swoich wartościach i życzeniach, aby zostały uwzględnione w Twojej dokumentacji medycznej.

Zawsze przechowuj te informacje w łatwym do znalezienia miejscu na wypadek nagłych sytuacji.

Etap 7: Weryfikuj i aktualizuj swój plan

Twoje poglądy na istotne dla Ciebie wartości mogą zmieniać się pod wpływem ważnych wydarzeń w życiu.

Sprawdzaj i aktualizuj swój plan regularnie lub gdy wydarzy się w Twoim życiu coś ważnego. Na przykład:

- **Dekada:** Co 10 lat
- **Osoby pozostające na utrzymaniu:** Zmiany lub nowe osoby na utrzymaniu w rodzinie. Przykładem może być pojawienie się noworodka w rodzinie.
- **Rozwód lub ślub:** Rozwód lub separacja, nowe małżeństwo lub nowy związek partnerski i inne zmiany dotyczące Twojego związku.
- **Śmierć:** Śmierć kogoś bliskiego
- **Choroba:** Dowiadujesz się, że jesteś chory(-a).
- **Pogorszenie zdrowia:** Kiedy stan Twojego zdrowia pogarsza się.



Informuj pełnomocnika medycznego o wszelkich zmianach w planie przyszłej opieki zdrowotnej.

W każdej chwili możesz zmienić zdanie.

Jeśli zmienisz zdanie co do pełnomocnika medycznego lub jakiegokolwiek części formularza Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej:

1. Poinformuj o tym kogoś, kto ma ukończone 18 lat.
2. Wypełnij nowy formularz Pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej i podpisz go wraz ze świadkiem.
3. Zniszcz stare pełnomocnictwo i wszystkie jego kopie.
4. Upewnij się, że wszystkie osoby, którym przekazałeś(-aś) stary formularz (włącznie z personelem medycznym) otrzymały jego nową wersję.



Pamiętaj zawsze o wpisaniu daty na formularzu.

Zasoby

Aging with Dignity jest organizacją non-profit zapewniającą dodatkowe zasoby i narzędzia wsparcia dla wszystkich seniorów, którym zależy na godnej opiece i dobrych decyzjach. Witryna internetowa:

www.agingwithdignity.org

CaringInfo to program udostępniany przez National Hospice and Palliative Care Organization (Narodową Organizację Hospicjum i Opieki Paliatywnej). Zapewnia bezpłatne zasoby, które pomagają ludziom podejmować decyzje dotyczące opieki i usług pod koniec życia, jeszcze zanim nadejdzie kryzys.

Witryna internetowa: www.caringinfo.org

Death Over Dinner oferuje podnoszący na duchu, interaktywny sposób, w jaki przyjaciele i rodziny mogą rozmawiać o śmierci. Witryna internetowa:

www.deathoverdinner.org

Go Wish Game by Coda Alliance to internetowa gra, w której gracz podejmuje decyzje na temat wagi różnych opcji i wyborów. Grając w nią z rodziną lub przyjaciółmi, dowiesz się, jak pocieszać swoich bliskich, gdy będą Cię najbardziej potrzebować. Skorzystaj z bezpłatnej wersji online gry tutaj: www.gowish.org/gowish/gowish.html

Formularz pełnomocnictwa medycznego Power of Attorney for Health Care stanu Illinois jest dostępny bezpłatnie. Pobierz go tutaj: <https://dph.illinois.gov/sites/default/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf>

Prepare for Your Care to bezpłatne narzędzie opracowane krok po kroku przez Uniwersytet Kalifornijski, zawierające historie wideo, które pomogą Ci w planowaniu przyszłej opieki zdrowotnej. Witryna internetowa: www.prepareforyourcare.org

Strona internetowa UChicago Medicine dotycząca planowania przyszłej opieki zdrowotnej www.uchicagomedicine.org/advancecareplanning

Moja lista kontrolna dotycząca planu przyszłej opieki zdrowotnej

- Wybrać pełnomocnika medycznego;
- Wypełnić formularz pełnomocnictwa Power of Attorney for Health Care lub inny rodzaj testamentu życia;
- Zdecydować, jakie są moje wartości w życiu, i poinformować o nich pełnomocnika medycznego;
- Opowiedzieć innym, w tym bliskim krewnym, o swoich wartościach i decyzjach;
- Przeanalizować swoje wybory i decyzje z lekarzami i personelem medycznym;
- Przekazać pełnomocnikowi medycznemu, bliskim krewnym i personelowi medycznemu kopie wszelkich dokumentów prawnych;
- Weryfikować i aktualizować swój plan przyszłej opieki zdrowotnej co dziesięć (10) lat lub w przypadku pojawienia się nowych osób na utrzymaniu, zmian dotyczących małżeństwa lub związku, rozvodu lub separacji, nowej choroby lub zmian w moim zdrowiu, pogorszenia się stanu mojego zdrowia lub śmierci bliskiej osoby.