

# ***Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej***

## **INFORMACJA DLA OSÓB PODPISUJĄCYCH PEŁNOMOCNICTWO DOTYCZĄCE OPIEKI ZDROWOTNEJ STANU ILLINOIS**

Nikt nie jest w stanie przewidzieć, kiedy poważna choroba lub wypadek mogą się zdarzyć. Kiedy jednak się to zdarzy może być potrzebny ktoś, kto będzie w twoim imieniu wypowiadać się lub podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej. Przy wcześniejszym zaplanowaniu tego, zwiększają się szanse, że leczenie medyczne, które się otrzyma będzie takie jakiego się pragnie.

W stanie Illinois, można wybrać osobę, która będzie twoim „pełnomocnikiem ds. opieki zdrowotnej”. Twój pełnomocnik to osoba, do której masz zaufanie, że podejmie w twoim imieniu decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, kiedy ty nie będziesz w stanie lub nie będziesz chciał ich podjąć. Te decyzje powinny mieć podstawy w twoim systemie wartości i życzeniach. Ważne jest, aby wybór pełnomocnika był utrwalony w formie pisemnej. Ta forma pisemna jest często nazywana „rozporządzeniem ostatniej woli”. Można użyć niniejszego wzoru lub innej formy o ile spełnia one prawne wymogi stanu Illinois. Istnieje wiele pisemnych przykładów i internetowych źródeł, które mogą służyć tobie i twoim bliskim w rozmowie o tych zagadnieniach. Zapoznanie się z tymi źródłami może okazać się pomocne przy zastanawianiu się i dyskusji na temat własnego rozporządzenia ostatniej woli.

### **SPRAWY, KTÓRE POWINNY BYĆ ZNANE MOJEMU PEŁNOMOCNIKOWI DS. OPIEKI ZDROWOTNEJ?**

Wybór pełnomocnika powinien być dokonany rozważnie, gdyż będzie on miał uprawnienia do podejmowania ostatecznych decyzji, gdy pełnomocnictwo nabierze mocy prawnej; w większości wypadków, już nie będziesz zdolny do podejmowania własnych decyzji. Podczas gdy celem jest, aby pełnomocnik podejmował decyzje zgodnie z twoimi preferencjami i w większości przypadków taka właśnie sytuacja ma miejsce, należy pamiętać, że prawo pozwala twojemu pełnomocnikowi podejmować decyzje dotyczące akceptacji lub odrzucenia interwencji medycznych albo rezygnacji z leczenia. Twój pełnomocnik będzie musiał wziąć pod uwagę wasze wcześniejsze rozmowy, twoją osobowość i twój stosunek do ważnych spraw związanych z opieką zdrowotną w przeszłości. Jest więc istotne, żeby porozmawiać z twoim pełnomocnikiem i rodziną o następujących rzeczach:

- (i) Co dla ciebie jest najważniejsze w życiu?
- (ii) Jak ważne jest dla ciebie, aby uniknąć bólu i cierpienia?
- (iii) Jeżeli trzeba będzie dokonać wyboru, co jest ważniejsze dla ciebie: żyć najdłużej jak to możliwe, czy uniknąć przedłużającego się cierpienia i niepełnosprawności?
- (iv) Czy wybrałbyś dom czy szpital jako miejsce swoich ostatnich dni i tygodni życia?
- (v) Czy istnieją religijne, duchowe lub kulturowe aspekty, których uwzględnienia oczekujesz od pełnomocnika lub innych osób?
- (vi) Czy chciałbyś po śmierci uczynić znaczącą kontrybucję dla nauk medycznych w postaci darowania swoich organów albo całego ciała?
- (vii) Czy masz rozporządzenie ostatniej woli, np. testament życia zawierający szczegółowe życzenia dotyczące opieki zdrowotnej, która tylko opóźnia twój zgon?

Jeżeli masz inne rozporządzenie ostatniej woli, upewnij się, że omówisz je z pełnomocnikiem, podobnie jak zawarte w nich decyzje dotyczące leczenia z uwzględnieniem własnych preferencji. Należy się upewnić, że twój pełnomocnik zgadza się przestrzegać twoich życzeń wyrażonych w rozporządzeniu ostatniej woli.

### **JAKIEGO RODZAJU DECYZJE MOŻE PODEJMOWAĆ MÓJ PEŁNOMOCNIK?**

Jeżeli kiedykolwiek mogłaby zaistnieć sytuacja, w której twój lekarz miałby orzec, że nie jest możliwe, abyś sam podejmował decyzje dotyczące własnej opieki zdrowotnej lub, gdy ty nie będziesz chciał podejmować takich decyzji, twój pełnomocnik będzie mógł:

- (i) prowadzić rozmowy z lekarzem i innymi pracownikami służby zdrowia o twoim stanie zdrowia;
- (ii) poznać dokumenty medyczne i upoważnić inne osoby do poznania ich;
- (iii) zezwolić na badania medyczne, przyjmowanie leków, operacje lub podjęcie innych rodzajów leczenia;
- (iv) wybrać miejsce opieki oraz lekarza i pozostałych pracowników służby zdrowia;
- (v) zdecydować jakie metody leczenia przyjąć, z których zrezygnować lub jakie leczenie mające utrzymać cię przy życiu odrzucić, jeżeli będziesz w stanie bliskim zgonu lub z małym prawdopodobieństwem powrotu do zdrowia. Istnieje możliwość włączenia przez ciebie wytycznych i/lub restrykcji dotyczących uprawnień twojego pełnomocnika;
- (vi) wyrazić zgodę lub nie wyrazić zgody na ofiarowanie twoich organów lub całego ciała, jeżeli sam uprzednio nie podjąłeś odpowiedniej decyzji. To może obejmować zgodę na transplantację, badania i/lub cele edukacyjne. Należy poinformować pełnomocnika czy jesteś zarejestrowany jako dawca w rejestrze First Person Consent prowadzonym przez Illinois Secretary of State lub czy zgodziłeś się podarować swoje ciało w całości na badania medyczne lub na cele edukacyjne;
- (vii) zdecydować co zrobić z twoim ciałem po zgonie, jeżeli nie będzie wcześniejszych ustaleń;
- (viii) rozmawiać z innymi bliskimi osobami w celu podjęcia najlepszej decyzji (ale do pełnomocnika należy ostatnie słowo).

Twój pełnomocnik nie jest automatycznie odpowiedzialny za koszty twojej opieki zdrowotnej.

### **KOGO POWINIENEM WYBRAĆ NA SWOJEGO PEŁNOMOCNIKA W SPRAWACH OPIEKI ZDROWOTNEJ?**

Możesz, ale nie musisz, wybrać członka rodziny. Twój pełnomocnik będzie odpowiedzialny za podejmowanie decyzji dotyczących leczenia medycznego, nawet jeżeli inne bliskie ci osoby będą nakłaniać cię do innej decyzji. Wybór pełnomocnika powinien być dokonany ostrożnie, ponieważ osoba ta będzie miała ostatecznie uprawnienia do podjęcia decyzji dotyczących twojego leczenia w sytuacji gdy nie będziesz już w stanie wyrazić swoich preferencji. Wybierz członka rodziny, przyjaciela lub inną osobę spełniającą poniższe warunki:

- (i) ma co najmniej 18 lat;

- (ii) zna cię dobrze;
- (iii) ufasz, że zrobi ona to, co najlepsze dla ciebie oraz, że jest chętna do realizacji twoich życzeń, nawet jeśli się z nimi nie zgadza;
- (iv) nie będzie skrzepowana przy zadawaniu pytań ani w rozmowie z twoim lekarzem i innymi pracownikami służby zdrowia;
- (v) nie będzie zbyt zdenerwowana, aby realizować twoje życzenia jeżeli znajdziesz się w stanie bardzo poważnym;
- (vi) będzie z tobą i dla ciebie, kiedy będziesz jej potrzebował i jest chętna do przyjęcia tej ważnej roli.

### **CO BĘDZIE JEŻELI MÓJ PEŁNOMOCNIK NIE BĘDZIE OSIĄGALNY LUB NIE BĘDZIE CHCIAŁ PODJĄĆ DECYZJI W MOIM IMIENIU**

Jeżeli osoba wybrana przez ciebie w pierwszej kolejności jest niezdolna do działania w tej roli, to wówczas drugi pełnomocnik, którego wybrałeś podejmie te decyzje; jeżeli drugi pełnomocnik nie jest osiągalny, wówczas trzeci pełnomocnik, którego wybrałeś podejmie stosowne decyzje. Drugi i trzeci pełnomocnik są nazywani następcami pełnomocnika i funkcjonują jako zabezpieczenie wobec pełnomocnika, który został wybrany jako pierwszy; mogą oni działać tylko pojedynczo i w kolejności w jakiej ich umieścisz.

### **CO SIĘ STANIE JEŻELI NIE WYBIORĘ PEŁNOMOCNIKA DO SPRAW OPIEKI ZDROWOTNEJ?**

W sytuacji gdy nie będziesz w stanie podejmować swoich własnych decyzji dotyczących spraw opieki zdrowotnej i nie masz pełnomocnika ustalonego na piśmie, twój lekarz i inni pracownicy służby zdrowia zwrócą się do członka rodziny, przyjaciela lub opiekuna o podjęcie decyzji w twoim imieniu. W stanie Illinois prawo określa, u której z tych osób będzie zasięgana porada. Zgodnie ze stanowym prawem każda z tych osób określana jest mianem „surogat”. Istnieją przyczyny, dla których raczej wolałbyś wyznaczyć pełnomocnika niż polegać na surogacie:

- (i) Osoba lub osoby znajdujące się na takiej liście mogą być osobami, którym nie chciałbyś powierzać podejmowania decyzji w twoim imieniu.
- (ii) Niektórzy członkowie rodziny i przyjaciele mogą nie być w stanie lub nie chcieć podejmować decyzji zgodnie z twoją wolą.
- (iii) Członkowie rodziny i przyjaciele mogą różnić się między sobą co do najlepszej decyzji.
- (iv) W niektórych warunkach następca pełnomocnika może nie być w stanie podjąć tego samego rodzaju decyzji, którą pełnomocnik będzie mógł podjąć.

### **CO ZROBIĆ JEŻELI NIKT KOMU MOGĘ ZAUFAC, ŻEBY BYŁ NASTĘPCĄ PEŁNOMOCNIKA, NIE JEST OSIĄGALNY?**

W takiej sytuacji jest szczególnie ważne, aby porozmawiać z lekarzem i innymi pracownikami służby zdrowia i sporządzić pisemne wskazówki dotyczące tego, co chcesz oraz czego nie chcesz na wypadek gdybyś kiedykolwiek był poważnie chory i nie był w stanie wyrażać swoich własnych

życzeń. Możesz sporządzić testament życia. Możesz także zapisać swoje życzenia i/lub przedyskutować je z lekarzem lub innymi pracownikami służby zdrowia i poprosić o umieszczenie tych życzeń w swojej karcie pacjenta. Możesz również skorzystać z informacji drukowanych lub w internecie, aby pozyskać wskazówki dotyczące tego procesu.

### **CO NALEŻY ZROBIĆ Z DOKUMENTEM GDY JEST SKOŃCZONY?**

Po ukończeniu przygotowywania dokumentu wykonaj poniższe działania:

- (i) Podpisz dokument w obecności świadka. Sprawdź uprzednio kto może, a kto nie może być świadkiem.
- (ii) Poproś również świadka o podpisanie dokumentu.
- (iii) Nie ma konieczności notarialnego potwierdzenia dokumentu.
- (iv) Przekaż kopię swojemu pełnomocnikowi oraz każdemu z następców pełnomocnika.
- (v) Przekaż kopię swojemu lekarzowi.
- (vi) Miej kopię przy sobie, gdy udajesz się do szpitala.
- (vii) Pokaż dokument swojej rodzinie, przyjaciołom oraz tym, którzy dbają o ciebie.

### **A JEŻELI ZMIENIĘ ZDANIE?**

Możesz zmienić zdanie w każdym momencie. Jeżeli to nastąpi, poinformuj o zmianie kogoś, kto ma co najmniej 18 lat i/lub zniszcz nieaktualny dokument oraz jego kopie. Jeżeli chcesz możesz wypełnić nowy formularz, ale upewnij się, że każdy, komu dałeś stary dokument otrzyma jego nową wersję, co najmniej z uwzględnieniem pełnomocnika i jego następców oraz lekarzy.

### **A JEŻELI NIE CHCĘ UŻYWAĆ TEGO FORMULARZA?**

W sytuacji, gdy nie chcesz używać załączonego tutaj formularza statutowego stanu Illinois, każdy dokument jaki przygotujesz musi mieć nadaną przez ciebie moc prawną, wyznaczać pełnomocnika mającego ponad 18 lat, któremu wolno służyć jako twój pełnomocnik, dokument musi wymieniać uprawnienia pełnomocnika, ale nie musi być notarialnie poświadczony ani pod żadnym względem dostosowany do statutowego pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej.

W sytuacji, gdy zaistnieją pytania dotyczące korzystania z jakiegokolwiek formularza sugerujemy skontaktowanie się z własnym lekarzem, innym pracownikiem służby zdrowia i/lub prawnikiem.

---

(Inicjały mocodawcy)

## **MOJE PEŁNOMOCNICTWO DOTYCZĄCE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

NINIEJSZE PEŁNOMOCNICTWO UNIEWAŻNIA WSZYSTKIE POPRZEDNIE PEŁNOMOCNICTWA DOTYCZĄCE OPIEKI ZDROWOTNEJ. (Ten formularz musi być podpisany, a świadek również musi go podpisać zanim nabierze on mocy prawnej.)

Moje imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Mój adres: \_\_\_\_\_

**PEŁNOMOCNIK DS. OPIEKI ZDROWOTNEJ:** CHCĘ, ABY PONIŻEJ WYMIENIONA OSOBA BYŁA MOIM PEŁNOMOCNIKIEM DS. OPIEKI ZDROWOTNEJ (pełnomocnik jest twoim osobistym reprezentantem na mocy stanowego i federalnego prawa):

(Imię i nazwisko pełnomocnika) \_\_\_\_\_

(Adres pełnomocnika) \_\_\_\_\_

(Numer telefonu pełnomocnika) \_\_\_\_\_

(Proszę zaznaczyć jeżeli dotyczy)

\_\_\_\_\_ Jeżeli opiekun mojej osoby ma być wyznaczony, wyznaczam pełnomocnika działającego na mocy tego pełnomocnictwa jako opiekuna.

**MÓJ/MOI NASTĘPCA/Y DS. OPIEKI ZDROWOTNEJ (opcjonalny):** Jeżeli wybrany przeze mnie pełnomocnik jest niezdolny albo nie chce podejmować decyzji dotyczącej opieki zdrowotnej w moim imieniu, wówczas proszę osobę/y wymienione poniżej, aby były następcami mojego pełnomocnika w sprawach opieki zdrowotnej. Tylko jedna osoba w danym momencie może działać jako następca mojego pełnomocnika (dodaj dodatkową kartkę, jeżeli chcesz dodać więcej nazwisk następców pełnomocnika.)

(Następca pełnomocnika #1, imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

(Następca pełnomocnika #1, adres) \_\_\_\_\_

(Następca pełnomocnika #1, numer telefonu) \_\_\_\_\_

(Następca pełnomocnika #2, imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

(Następca pełnomocnika #2, adres) \_\_\_\_\_

(Następca pełnomocnika #2, numer telefonu) \_\_\_\_\_

**UPRAWNIENIA DECYZYJNE MOJEGO PEŁNOMOCNIKA:** MÓJ PEŁNOMOCNIK MOŻE W MOIM IMIENIU PODEJMOWAĆ DECYZJE DOTYCZĄCE OPIEKI ZDROWOTNEJ, Z UWZGLĘDNIENIEM:

- (i) Przyjęcia, odwołania lub odrzucenia leczenia każdej mojej fizycznej lub psychicznej choroby, włącznie z podejmowaniem kluczowych decyzji dotyczących życia i śmierci.
- (ii) Wyrażania zgody na przyjęcie mnie lub zwolnienie z każdego szpitala, domu lub innej instytucji, włącznie z placówkami zdrowia psychicznego.

- (iii) Posiadania całkowitego dostępu do moich medycznych i psychiatrycznych dokumentów oraz udostępniania ich innym w razie potrzeby, włącznie z okresem po moim zgonie.
- (iv) Realizacji planów, które już zrobiłem lub jeżeli takowych nie zrobiłem, podejmowania decyzji dotyczących mojego ciała albo zwłok, włącznie z organami, tkankami czy donacją całego ciała, autopsją, kremacją czy pochówkiem.

Powyższe nadanie uprawnień ma być rozumiane tak szeroko jak to możliwe, aby mój pełnomocnik miał uprawnienia do podejmowania każdej decyzji, którą ja mógłbym podjąć w celu uzyskania lub zakończenia jakiegokolwiek rodzaju opieki zdrowotnej, włącznie z odżywianiem, dostarczaniem płynów i innymi środkami utrzymującymi przy życiu.

UPOWAŻNIAM MOJEGO PEŁNOMOCNIKA DO (*proszę umieścić swoje inicjały na jednej z poniższych linii*):

\_\_\_\_\_ Podejmowania decyzji w moim imieniu wówczas, kiedy ja nie będę w stanie podejmować ich we własnym imieniu. Lekarz(e) opiekujący się mną określi(ą), kiedy nie będę mieć takiej możliwości. (Jeżeli przy żadnej linii nie ma inicjałów wówczas należy zastosować linię powyższą.)

LUB

\_\_\_\_\_ Podejmowania decyzji w moim imieniu wówczas, kiedy ja nie będę w stanie podejmować ich we własnym imieniu. Lekarz(e) opiekujący się mną określi(ą), kiedy nie będę mieć takiej możliwości. Poczynając od teraz w celu pomocy w planach i decyzjach dotyczących mojej opieki zdrowotnej, mój pełnomocnik powinien mieć całkowity dostęp do mojej medycznej i psychiatrycznej dokumentacji, uprawnienia do podzielenia się tą dokumentacją z innymi w razie potrzeby i nieograniczoną możliwość komunikowania się z moim(i) lekarzem(rzami) oraz innymi pracownikami służby zdrowia, włącznie z możliwością uzyskania opinii mojego lekarza o mojej (nie)zdolności do podejmowania decyzji w swoim własnym imieniu.

LUB

\_\_\_\_\_ Podejmowania decyzji w moim imieniu od teraz i kontynuacji do momentu, kiedy nie będę już dłużej w stanie podejmować tych decyzji we własnym imieniu. W czasie, gdy jestem w stanie podejmować swoje własne decyzje, wciąż mogę to czynić, jeżeli tego pragnę.

**OPIEKA MEDYCZNA UTRZYMUJĄCA MNIE PRZY ŻYCIU:** Zagadnienie opieki medycznej utrzymującej przy życiu ma szczególne znaczenie. Taka opieka utrzymująca przy życiu może obejmować dostarczanie pokarmu lub płynów przez tubę, zastosowanie aparatów tlenowych i resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CPR). Ogólnie mówiąc, przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki medycznej utrzymującej przy życiu, pełnomocnik jest instruowany, aby brać pod uwagę ulgę w cierpieniu, jakość, jak również możliwe przedłużenie twojego życia oraz twoje poprzednio wyrażone życzenia. Przy podejmowaniu decyzji w twoim imieniu twój pełnomocnik rozważy zalety i wady wynikające z proponowanej opieki.

Poniżej są przedstawione dodatkowe oświadczenia dotyczące wstrzymania lub rezygnacji z opieki utrzymującej przy życiu. Mogą one służyć pełnomocnikowi jako wskazówki przy podejmowaniu decyzji w twoim imieniu. W razie zaistnienia pytań dotyczących tych oświadczeń należy zwrócić się z nimi do lekarza lub pracownika służby zdrowia.

WYBIERZ TYLKO JEDNO OŚWIADCZENIE PONIŻEJ NAJLEPIEJ WYRAŻAJĄCE TWOJE ŻYCZENIA: (*Opcjonalne*):

\_\_\_\_\_ (*To oświadczenie oparte jest na nauczaniu i tradycji Kościoła katolickiego i jest rekomendowane jako alternatywne wobec dwóch pozostałych wymienionych poniżej.*) Ogólnie chciałbym zastosowania środków utrzymujących mnie przy życiu, włączając leczenie, które nie jest krańcowo uciążliwe czy nieefektywne; jednakże nie chcę leczenia, jeżeli obciążenia z nim związane przeważają nad spodziewanymi korzyściami lub jeżeli leczenie byłoby nieefektywne.

ALBO

\_\_\_\_\_ Jakość mojego życia jest ważniejsza niż jego długość. Jeżeli byłbym nieprzytomny i mój lekarz uzna, że przy uwzględnieniu realistycznych norm medycznych, nie wybudzę się, nie odzyskam możliwości myślenia, porozumiewania się z rodziną i przyjaciółmi ani kontaktu z otoczeniem, to wówczas nie chcę leczenia, które będzie przedłużać moje życie i oddalać zgon, ale pragnę leczenia lub opieki, które przyniesie mi wygodę i uśmierzy ból.

ALBO

\_\_\_\_\_ Pozostanie przy życiu jest dla mnie ważniejsze, niezależnie od tego jak chory będę, jak bardzo będę cierpieć, jakie będą koszty zabiegów albo jak nieprawdopodobne są szanse na mój powrót do zdrowia. Chcę aby moje życie było przedłużone możliwie jak najbardziej zgodnie z realistycznymi standardami medycznymi

**SZCZEGÓŁOWE OGRANICZENIA UPRAWNIENÍ MOJEGO PEŁNOMOCNIKA DO PODEJMOWANIA DECYZJI:** Celem niniejszego przyznania uprawnień jest, aby były one możliwie jak najszersze tak, aby pełnomocnik miał moc podejmowania każdej decyzji, którą ty mógłbyś podjąć, aby uzyskać albo zakończyć każdy rodzaj opieki zdrowotnej. Jeżeli pragniesz ograniczyć zakres uprawnień swojego pełnomocnika albo określić specjalne zasady, albo ograniczyć uprawnienie do upoważnienia do autopsji lub rozporządzenia zwłokami, można to szczegółowo uczynić w niniejszym formularzu.

*(Poniżej przedstawione są opcjonalne oświadczenia sporządzone w oparciu o nauczanie i tradycję Kościoła katolickiego. Zgodnie z prawem, możesz włączyć każde (jedno lub więcej) z poniższych oświadczeń w swoim pisemnym pełnomocnictwie dotyczącym opieki zdrowotnej)*

*poprzez umieszczenie własnych inicjałów na linii znajdującej się przed oświadczeniem(ami).  
Oświadczenia bez inicjałów nie będą obowiązujące.)*

A. \_\_\_\_\_ Wierność nauczaniu katolickiemu. Mam zamiar, aby polecenia zawarte w tym formularzu były zgodne z nauczaniem Kościoła rzymskokatolickiego.

B. \_\_\_\_\_ Oświadczenie dotyczące wiary. Wierzę, że moje życie jest cennym darem Bożym i że życie ziemskie jest tylko początkiem. Wierzę, że zostałem stworzony z przeznaczeniem do życia wiecznego, że śmierć nie jest ostatecznym końcem ale przejściem do nowego życia. Dlatego też pragnę spotkać się ze śmiercią w ufności wynikającej z wiary.

C. \_\_\_\_\_ Zezwolenie na przygotowanie na śmierć. Jeżeli przede mną jest niebezpieczeństwo zgonu, pragnę otrzymać wszystkie niezbędne informacje konieczne dla zrozumienia mojej sytuacji oraz do jej przedyskutowania z członkami rodziny i pracownikami służby zdrowia. Pragnę sam otrzymać te informacje oraz, aby pełnomocnik działający w moim imieniu otrzymał stosowne medyczne informacje, które umożliwią mu dokonanie takich moralnie uzasadnionych wyborów, które są dostępne. Pragnę również otrzymać duchowe wsparcie wraz z możliwością otrzymania sakramentów, aby być przygotowanym na śmierć.

D. \_\_\_\_\_ Eutanazja i wspomagane samobójstwo. Odrzucam jakąkolwiek akcję albo jej pominięcie - która sama z siebie i w wyniku intencji, spowodowałaby zgon - w celu złagodzenia cierpienia, co powszechnie określane jest jako „eutanazja”. Nie chcę być zachęcany do zakończenia własnego życia ani mieć dostarczonych środków niezbędnych do spowodowania swojej własnej śmierci poprzez „wspomagane samobójstwo”. Wymienione środki zachowania życia, które byłoby zbyt uciążliwe dla mnie lub niewystarczająco korzystne dla podtrzymywania mojego życia, nie są tym samym co eutanazja lub wspomagane samobójstwo.

E. \_\_\_\_\_ Odżywianie i/lub dostarczanie płynów. Generalnie, ponieważ odżywianie i dostarczanie płynów są niezbędne do przeżycia, powinny być mi dostarczane. Jednakże istnieją pewne warunki, w których odżywianie i dostarczanie płynów może ze względów etycznych nie być obowiązkowe i mogą one być wstrzymane albo wycofane. Pragnę otrzymywać pożywienie i wodę doustnie, jeżeli jestem w stanie je przyjmować doustnie i przyswajając je. Odżywianie i dostarczanie płynów powinno być oferowane, jeżeli znajdę się w warunkach chronicznych i prawdopodobnie nieodwracalnych, które uniemożliwią mi przyjmowanie pożywienia doustnie, ale w sytuacji gdy istniałaby realistyczna możliwość mojego przeżycia przy dostarczeniu podstawowej opieki. (np. w rzadkiej sytuacji, gdybym znalazł się w utrzymującym się stanie fazy spoczynkowej, a nie aktywnego umierania).



Medycznie wspomagane odżywianie i/lub dostarczanie płynów nie jest etycznie obowiązkowe w poniższych warunkach:<sup>1</sup>

(i) Jeżeli nie można realistycznie oczekiwać, aby dostarczanie pożywienia i/lub płynów mogło przedłużyć moje życie.

(ii) Jeżeli osądzę, a gdybym nie był w stanie podejmować decyzji, gdy mój pełnomocnik osądzi, w oparciu o możliwą do zademonstrowania ewidencję, że niektóre ze środków dostarczania pożywienia i/lub płynów byłyby „nadmiernie uciążliwe” dla mnie. Działanie interwencyjne może zostać uznane za „nadmiernie uciążliwe”, kiedy w mojej ocenie lub w ocenie mojego pełnomocnika działającego w moim imieniu, jest ono „zbyt bolesnym, zbyt szkodliwym, zbyt psychologicznie odrażającym, zbyt ograniczającym moje umysłowe zdolności, zbyt ograniczające moją wolność czy preferowane aktywności (jak może to mieć miejsce w sytuacji, gdyby było wymagane, abym był kontrolowany przy użyciu siły czy substancji chemicznych, żeby zapobiec sytuacji, gdybym próbował siłą usunąć sondę pokarmową) lub zbyt kosztowne”.

- a. Zwracam się o odżywianie doustne tak długo jak to możliwe przed zastosowaniem medycznie wspomaganego odżywiania i/lub dostarczania płynów lub przed zaprzestaniem dostarczania pożywienia i/lub płynów doustnie, jeżeli również otrzymuję medycznie wspomagane pożywienie i/lub płyny.
- b. Jeżeli mogę odnosić korzyści pod względem odżywczym z medycznie wspomaganego pożywienia i/lub dostarczania płynów, ale mogę również przyjmować pożywienie i/lub płyny doustnie, może być akceptowalne, żeby wybrać odżywianie doustne, nawet w wypadku, gdyby otrzymywanie pożywienia i/lub płynów doustnie wiązało się z pewnym ryzykiem lub zapewniało mniej odżywczych elementów, przy założeniu, że ja lub mój pełnomocnik oceni, że korzyści odżywiania doustnego (np. przyjemność jedzenia, aspekt międzyludzki) są warte ryzyka w to włączonego, a świadomie wyrażona zgoda jest zapewniona.
- c. Jeżeli nie jestem w stanie podjąć decyzji, ale mój pełnomocnik ma wciąż prawo ich podejmowania, uwaga powinna być zwrócona ku moim życzeniom i pragnieniom, aby próbować jedzenia (np. odżywianie i/lub dostarczanie płynów nie powinno być wstrzymane osobie nie mogącej podjąć decyzji, która ma demencję, ale która jest w stanie i zgadza się na spożywanie jedzenia przy zachęcie, nawet

---

<sup>1</sup> Cf. USCCB, *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services*, 5<sup>th</sup> Edition (2009): Introduction to Part V: Issues in Care for the Seriously Ill and Dying, and no. 58.

jeżeli prośby osoby podejmującej decyzje odrzucałyby odżywianie i dostarczanie płynów).

(iii) Jeżeli dostarczanie żywności i/lub płynów powodowałyby znaczącą niewygodę, na przykład wynikające z komplikacji spowodowanych użyciem zastosowanych środków (np. aspiracyjne zapalenie płuc, infekcja).

(iv) Jeżeli zbliżam się ku nieuniknionej śmierci spowodowanej postępującą i nieuchronną chorobą, a dostarczanie pożywienia i/lub płynów dawałoby tylko bardzo ograniczoną możliwość przedłużenia życia lub dostarczałoby dobrego samopoczucia.

F. \_\_\_\_\_ Ulga w bólu. Pragnę nie doznawać bólu w takim wymiarze jak to możliwe, tak abym mógł umrzeć w dogodnych warunkach i z godnością oraz w miejscu, w którym chciałbym umrzeć. Lekarstwa służące łagodzeniu lub powstrzymywaniu bólu mogą być mi podawane, nawet jeżeli taka terapia miałaby pośrednio skrócić moje życie, tak długo jak intencją takiego działania nie jest przyspieszenie czy spowodowanie mojego zgonu. Jeżeli doświadczałbym cierpień, które nie mogą być złagodzone, zwracam się o odpowiednią katolicką poradę duchową, abym mógł docenić chrześcijański aspekt cierpienia, które służy odkupieniu.

G. \_\_\_\_\_ Świadomość. W związku z faktem, że jednostka ma prawo do przygotowania do zgonu w pełnej świadomości, nie chcę być pozbawionym świadomości bez istotnego powodu.

H. \_\_\_\_\_ Ciąża. Jeżeli ten dokument miałby zastosowanie w okresie, kiedy byłabym w ciąży, co byłoby zdefiniowane jako początek zapłodnienia, zarządzam, aby mój pełnomocnik do spraw ochrony zdrowia oraz mój lekarz uznali moje nienarodzone dziecko jako ludzkiego pacjenta pozostającego pod ich opieką. Niezależnie od jakiegokolwiek innego postanowienia w tym dokumencie, nikt nie powinien zezwalać na ani przeprowadzić bezpośredniej aborcji na mnie (tzn. bezpośrednio zamierzonego zakończenia ciąży przed osiągnięciem zdolności do życia ani bezpośrednio zamierzonego unicestwienia płodu zdolnego do życia poza macicą).

I. \_\_\_\_\_ Usunięcie gamet [komórek rozrodczych]. Mój pełnomocnik nie będzie miał uprawnień do wyrażenia zgody na usunięcie moich komórek rozrodczych (spermy lub jaj) ani do zarządzania takiego medycznie wspomaganego usunięcia dla celów sztucznego rozmnażania czy dla produkcji embrionów, które mogłyby zostać użyte w badaniach.

J. \_\_\_\_\_ Dostęp do sakramentów. Pod żadnym względem nie powinienem być pozbawiony dostępu do katolickich sakramentów w czasie i w miejscu, gdzie są one powszechnie dostępne. Pod żadnym względem nie

powiniennem być pozbawiony kontaktów z katolickimi duchownymi oraz dostępu do innego kompetentnego katolickiego personelu doradczego z uwzględnieniem księży i doradców wybranych przeze mnie.

K. \_\_\_\_\_ Ujawnienie informacji medycznych. Wyrażam zgodę i zarządzam, aby mój pełnomocnik wyraził zgodę, aby moja dokumentacja medyczna była ujawniona przez pracowników służby zdrowia zajmujących się moim zdrowiem następującym stronom trzecim, na wniosek właściwej strony trzeciej (np. jeżeli są inni członkowie rodziny, wobec których chciałbyś, aby mogli zapoznać się z twoją medyczną dokumentacją wraz z twoim pełnomocnikiem lub jego następcą ds. opieki zdrowotnej):

---

---

---

L. \_\_\_\_\_ Odwiedziny. Wyrażam zgodę i zarządzam, aby mój pełnomocnik wyraził zgodę, żeby następujące osoby miały odpowiednią możliwość odwiedzania mnie (np. członkowie rodziny lub przyjaciele, których chciałbyś obdarzyć przyzwoleniem odwiedzin):

---

---

---

M. \_\_\_\_\_ Katolicki pochówek. Chciałbym, aby moi bliscy pomodlili się za mnie po moim odejściu z tego świata i chciałbym prosić o łaskę Mszy świętej pogrzebowej. Moje szczątki powinny zostać pochowane zgodnie z tradycją i nauczaniem Kościoła katolickiego. (Jeżeli umieścisz swoje inicjały w punkcie M, możesz również umieścić te inicjały w jednym z poniższych opcjonalnych oświadczeń.)

(i) \_\_\_\_\_ Nie chcę, aby moje szczątki zostały poddane kremacji.

ALBO

(ii) \_\_\_\_\_ Pragnę, aby moje szczątki zostały poddane kremacji. Jeżeli będę poddany kremacji moje szczątki muszą być umieszczone w naczyniu, które służy poszanowaniu świętej natury szczątków, a po zakończeniu pochówku i kremacji moje szczątki doczesne muszą być umieszczone na cmentarzu w celu ostatecznego ich umieszczenia w miejscu, w którym będą świadczyły o mojej wierze w zmartwychwstanie ciała.

N. \_\_\_\_\_ Pragnienie jedności. Jestem wdzięczny mojemu Pełnomocnikowi za chęć podjęcia decyzji w moim imieniu. Pragnę, żeby moja rodzina i bliscy pozostali tak zjednoczeni ze sobą jak to możliwe i aby decyzje mojego Pełnomocnika były szanowane i wspierane.

*(Jeżeli życzysz sobie umieścić dalsze ograniczenia czy specjalne reguły, można to zrobić poniżej.)*

---

---

---

---

---

Mój podpis: \_\_\_\_\_

Dzisiejsza data: \_\_\_\_\_

**ŚWIADEK:** ŚWIADEK MUSI ZAAKCEPTOWAĆ TO, CO JEST NAPISANE PONIŻEJ, A NASTĘPNIE WYPEŁNIĆ CZĘŚĆ PRZEZNACZONĄ NA PODPIS:

Mam 18 lat. (Wpisz swoje inicjały przy jednej z poniższych opcji):

\_\_\_\_\_ Widziałem mocodawcę podpisującego ten dokument.

LUB

\_\_\_\_\_ Mocodawca powiedział mi, że podpis albo znak w miejscu przeznaczonym dla mocodawcy został zrobiony przez niego.

Nie jestem pełnomocnikiem ani następcą pełnomocnika wymienionym w tym dokumencie. Nie jestem spokrewniony z mocodawcą, z pełnomocnikiem ani z następcą pełnomocnika przez związki krwi, związek małżeński czy adopcję. Nie jestem lekarzem mocodawcy, pielęgniarzem, dentystą, podiatrą, okulistą, psychologiem ani krewnym żadnej z tych osób. Nie jestem właścicielem ani operatorem (ani krewnym właściciela czy operatora) ośrodka ochrony zdrowia, w którym mocodawca jest pacjentem lub mieszkańcem.

Podpis świadka: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko świadka (drukowane litery) : \_\_\_\_\_

Adres świadka: \_\_\_\_\_

Dzisiejsza data: \_\_\_\_\_