

РАСПОРЯЖЕНИЕ О ПРИНЯТИИ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ (ПРИЖИЗНЕННОЕ ВОЛЕИЗЪЯВЛЕНИЕ)

Ф. И. О.:

Номер медицинской карты:

Дата рождения: / /

Распоряжение составлено _____ (число) _____, _____ (год) .

Я, _____ будучи в здравом уме, сознательно и добровольно заявляю о своем желании, чтобы мое умирание не продлевалось искусственно при обстоятельствах, изложенных ниже, и настоящим заявляю о следующем.

(А) Если в какой-либо момент у меня будет неизлечимое и необратимое состояние, признанное моим лечащим врачом как смертельное, и поддержание жизни будет только искусственно продлевать умирание, я распоряжаюсь, чтобы в таком лечении было отказано или оно было отменено и чтобы мне позволили умереть естественной смертью. Я понимаю, что выражение «смертельное состояние» означает вызванное травмой или заболеванием неизлечимое и необратимое состояние, которое, по разумно обоснованному медицинскому заключению, может привести к смерти в течение разумно обоснованного периода времени в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

(Б) Если я нахожусь в необратимой коме, персистирующем вегетативном состоянии или другом перманентном бессознательном состоянии, подтвержденном двумя врачами, и эти врачи считают, что разумно обоснованной вероятности выйти из такого состояния нет, я распоряжаюсь, чтобы в искусственном поддержании жизни было отказано или оно было отменено.

(В) Если согласно диагнозу я нахожусь в смертельном или перманентном бессознательном состоянии, [выберите подходящий вариант]

___ я ХОЧУ, чтобы мне искусственно вводили питание и жидкости.

___ я НЕ ХОЧУ, чтобы мне искусственно вводили питание и жидкости.

Я понимаю, что искусственный ввод питания и жидкостей при определенных обстоятельствах — форма поддержания жизни. Я прошу всех поставщиков услуг здравоохранения, которые ухаживают за мной, выполнять это распоряжение.

(Г) При отсутствии у меня возможности давать указания относительно искусственного поддержания жизни я намеренно прошу, чтобы мои родственники, врачи и другие поставщики услуг здравоохранения, а также любые другие лица, назначенные мной для принятия решений за меня, будь то по доверенности, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, или на другом основании, выполняли это распоряжение как окончательное выражение моего основополагающего права на отказ от медицинского или хирургического лечения. Я принимаю последствия такого отказа.

(Д) Если у меня определили беременность и это известно моему врачу, распоряжение не будет действовать в течение моей беременности.

(Е) Я понимаю весь смысл этого распоряжения и нахожусь в адекватном эмоциональном и психическом состоянии для его составления. Я также понимаю, что могу изменить или отозвать это распоряжение в любое время.

(Ё) Я даю относительно лечения следующие дополнительные распоряжения:

На следующей странице нужны *моя подпись и подпись нотариуса или двух свидетелей*

Ф. И. О.:

Номер медицинской карты:

Дата рождения:

/ /

Чтобы эта форма была юридически действительной, она должна подписываться мной в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.

Моя подпись:

ТРЕБОВАНИЕ ПРИСУТСТВИЯ СВИДЕТЕЛЕЙ ИЛИ НОТАРИУСА

Без подписей свидетелей или нотариального заверения эта форма не обладает юридической силой.

Вариант 1. Два свидетеля

Требования к свидетелям:

- должны быть не младше 18 лет и обладать дееспособностью;
- не должны быть связаны с вами или вашим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи узам родства (по крови, через брак или зарегистрированное сожительство);
- не должны быть вашим поставщиком услуг по уходу на дому, в доме семейного типа для взрослых или учреждении долговременного ухода, где вы проживаете;
- не должны быть лицом, которое во время подписания распоряжения претендует на какую-либо часть имущества заявителя в случае его смерти.

Свидетельское подтверждение: я заявляю, что соответствую правилам для того, чтобы быть свидетелем.

Подпись свидетеля № 1:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

Подпись свидетеля № 2:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

Вариант 2. Нотариус

Штат Вашингтон)

)

Округ _____)

)

Эту подпись подтвердило в моем присутствии _____ (число)

следующее лицо (Ф. И. О. лица):

Подпись:

Должность:

Дата истечения срока действия:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Эта юридическая форма — одна из многих общедоступных версий. Она не должна рассматриваться как юридическая консультация. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь к юрисконсульту. (08-2021)