

Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης (Advance Health Care Directive)

Πολιτεία της Καλιφόρνια

Σχεδιασμός Φροντίδας Ζωής:
Αξίες, επιλογές, φροντίδα

kp.org/lifecareplan

Φροντίστε να συμπληρώσετε το παρόν έγγραφο:

1. Υπογράφοντας και συμπληρώνοντας την ημερομηνία όπου απαιτείται.
2. Μεριμνώντας για την υπογραφή του από μάρτυρα ή συμβολαιογράφο.
Ο αντιπρόσωπός σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνος λήψης αποφάσεων) **δεν μπορεί** να υπογράψει ως μάρτυρας.
3. Μην ξεχάσετε να επιστρέψετε ένα **αντίγραφο** στην Kaiser Permanente και να δώσετε ένα **αντίγραφο** στον αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης. Φυλάξτε το **πρωτότυπο** έντυπο.

Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης (Advance Health Care Directive)

Τι είναι η Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης;

Η Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης (Advance Health Care Directive, AHCD) είναι ένα νομικό έγγραφο που παρέχει στις ομάδες που σας περιθάλπουν οδηγίες σχετικά με το τι να κάνουν σε περίπτωση που δεν είστε σε θέση να λαμβάνετε οι ίδιοι αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψή σας.

Η AHCD σας δίνει τη δυνατότητα:

- Να επιλέξετε έναν αντιπρόσωπο για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνο λήψης αποφάσεων) ο οποίος θα λαμβάνει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό σας, αν δεν είστε σε θέση να το κάνετε ΚΑΙ/Η
- Να εκφράσετε τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις σας σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης

Η AHCD παρέχει οδηγίες τόσο στον αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνο λήψης αποφάσεων) όσο και στην ομάδα που σας περιθάλπει για την ανάπτυξη ενός προγράμματος θεραπείας για εσάς. **ΔΕΝ ΛΕΕΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΈΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΠΟΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΈΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ.**

Μπορείτε να επικαιροποιήσετε ΟΠΟΙΕΣΔΗΠΟΤΕ από τις προτιμήσεις που έχετε δηλώσει στην AHCD ανά πάσα στιγμή συμπληρώνοντας ένα νέο έγγραφο. Η νέα AHCD θα αντικαταστήσει οποιαδήποτε AHCD που έχετε συμπληρώσει στο παρελθόν.

Γιατί είναι σημαντική μια AHCD;

Έχετε το δικαίωμα να γνωστοποιήσετε τις προτιμήσεις σας σχετικά με τη δική σας υγειονομική περίθαλψη. Αυτό το έγγραφο παρέχει κατευθύνσεις στον αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνο λήψης αποφάσεων) και στους γιατρούς σας ώστε να παρέχουν την κατάλληλη για εσάς περίθαλψη.

Σας δίνει επίσης την ευκαιρία να αναλογιστείτε τι σημαίνει για εσάς ποιότητα ζωής και πώς οι προτιμήσεις σας μπορεί να επηρεάσουν τους αγαπημένους σας. **Συμπληρώνοντας το παρόν έγγραφο, ενώ είστε ικανός/-ή, και συζητώντας το με τους αγαπημένους σας, μπορείτε να περιορίσετε τη σύγχυση και τις διαφωνίες σχετικά με το τι μπορεί να επιθυμείτε ή να μην επιθυμείτε.**

Για ποιους είναι κατάλληλη η AHCD;

Οποιοσδήποτε ενήλικας άνω των 18 ετών με διαύγεια πνεύματος θα πρέπει να εξετάσει το ενδεχόμενο να συμπληρώσει μια Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας του.

Άλλες παραπομπές:

Σχεδιασμός Φροντίδας Ζωής:
Αξίες, επιλογές, φροντίδα

kp.org/lifecareplan

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. Ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Τι περιέχει το παρόν έγγραφο;

Μπορείτε να συμπληρώσετε όσο μεγάλο ή μικρό μέρος αυτού του εγγράφου θέλετε.

Αν αποφασίσετε να μην συμπληρώσετε μια ενότητα, τραβήξτε απλώς μια γραμμή πάνω σε όλη τη σελίδα και μονογραφήστε την. Έτσι θα γνωρίζουμε ότι την αφήσατε σκόπιμα κενή.

Είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε το Μέρος 5 για να έχει το παρόν έγγραφο νομική ισχύ στην Πολιτεία της Καλιφόρνια.

Η Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης της Kaiser Permanente (AHCD) αποτελείται από πέντε μέρη, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με τη νομιμοποίηση του εγγράφου.

Μέρος 1: Επιλογή αντιπροσώπου(-ων) για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπευθύνου(-ων) λήψης αποφάσεων)

Σας δίνει τη δυνατότητα να ορίσετε κάποιο πρόσωπο που θα λάβει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό σας, αν δεν είστε σε θέση να τις λάβετε εσείς.

Μέρος 2: Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μου

Σας δίνει την ευκαιρία να αναλογιστείτε τι σημαίνει για εσάς ποιότητα ζωής και ευζωία. Σας ενθαρρύνουμε να συμπληρώσετε αυτή την ενότητα, καθώς θα σας βοηθήσει να επεξεργαστείτε το υπόλοιπο έγγραφο.

Μέρος 3: Επιλογή προτιμήσεων υγειονομικής περίθαλψης

Σας δίνει τη δυνατότητα να καταγράψετε τις προτιμήσεις σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, αν δεν είστε σε θέση να λάβετε οι ίδιοι τις αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψή σας λόγω τραυματισμού ή ασθένειας.

Μέρος 4: Προτιμήσεις για τις μετά θάνατον διαδικασίες

Σας δίνει τη δυνατότητα να γνωστοποιήσετε οποιοδήποτε επιθυμίες που μπορεί να έχετε μετά θάνατον, συμπεριλαμβανομένων επιθυμιών για δωρεά οργάνων, για την κηδεία κ.λπ.

Μέρος 5: Νομιμοποίηση του εγγράφου

Η συμπλήρωση αυτής της ενότητας προσδίδει στο έγγραφο αυτό νομική ισχύ στην Πολιτεία της Καλιφόρνια.

Το έγγραφο περιλαμβάνει επίσης μια λίστα ελέγχου που σας βοηθά να γνωστοποιήσετε τις προτιμήσεις σας στην Kaiser Permanente και σε άλλους.

Η παρούσα Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης ανήκει στο παρακάτω πρόσωπο:

Όνοματεπώνυμο (Full name)

Αριθμός Ιατρικού φακέλου (Medical Record number) Ημερομηνία γέννησης (Date of birth)

Ταχυδρομική διεύθυνση (Mailing address)

Πόλη (City)

Πολιτεία (State)

Ταχυδρομικός κώδικας (Zip code)

Βασικό τηλέφωνο (Primary phone)

Δευτερεύον τηλέφωνο (Secondary phone)

Email

Επιλογή αντιπροσώπου(-ων) για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπευθύνου λήψης αποφάσεων) (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

Σε αυτή την ενότητα ορίζεται ένα πρόσωπο το οποίο εμπιστεύομαι να λάβει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό μου, αν δεν είμαι σε θέση να τις λάβω ο ίδιος/η ίδια.

Μέρος 1

Η επιλογή αντιπροσώπου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης συνεπάγεται επίσης ότι θα του γνωστοποιήσετε τις αξίες και τις πεποιθήσεις σας και θα του πείτε τι ιατρική φροντίδα επιθυμείτε, αν δεν είστε σε θέση να λαμβάνετε οι ίδιοι αποφάσεις για εσάς.

Ποιον/ποια θα πρέπει να επιλέξω ως αντιπρόσωπό μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης;

Αν ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης που έχω επιλέξει αποφανθεί ότι δεν είμαι σε θέση να λαμβάνω τις δικές μου αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης, στο παρόν έντυπο κατονομάζεται το πρόσωπο ή τα πρόσωπα που επιλέγω να λάβουν αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό μου.

Ο αντιπρόσωπός μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνος λήψης αποφάσεων) θα μιλά εξ ονόματός μου για τη λήψη αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης για εμένα με βάση τις προτιμήσεις που του έχω γνωστοποιήσει ή που πιστεύει ότι είναι προς το βέλτιστο συμφέρον μου, λαμβανομένων υπόψη των όσων γνωρίζει σχετικά με τις προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις μου.

Σημείωση: Μιλήστε στον αντιπρόσωπό σας για ό,τι είναι σημαντικότερο για εσάς και βεβαιωθείτε ότι νιώθει ικανός να επιτελέσει αυτόν τον ρόλο. Φροντίστε να ενημερώσετε τους πιο κοντινούς ανθρώπους σας για το πρόσωπο που έχετε επιλέξει ως αντιπρόσωπό σας.

Όταν επιλέγετε αντιπρόσωπο για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, σκεφτείτε να επιλέξετε ένα πρόσωπο που είναι σημαντικό για εσάς και έχει την ικανότητα να λαμβάνει δύσκολες αποφάσεις σε μια δύσκολη στιγμή. Νομικά, αντιπρόσωπός σας δεν μπορεί να είναι ο γιατρός σας ή άλλος επαγγελματίας υγείας που σας περιθάλπει στο πλαίσιο της ομάδας θεραπείας που έχετε επιλέξει.

Δεν μπορείτε να προβλέψετε κάθε ιατρική κατάσταση, οπότε ο αντιπρόσωπός σας θα πρέπει να λάβει αποφάσεις σε πραγματικό χρόνο, με βάση τις πληροφορίες που παρέχει η ιατρική ομάδα. Συζητώντας με τον αντιπρόσωπό σας σχετικά με το είδος της περίθαλψης που επιθυμείτε και δεν επιθυμείτε, θα μπορέσετε να κατανοήσετε τα ίδια πράγματα και οι δύο και να είστε ήρεμοι.

Κάποιες φορές, ο/η σύζυγος ή ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή, ενώ άλλες *μπορεί* να μην είναι. Εσείς ξέρετε καλύτερα.

Καλός αντιπρόσωπος για θέματα υγειονομικής περίθαλψης είναι κάποιος που:

- είναι πρόθυμος να είναι αντιπρόσωπός σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης και μπορεί να είναι εύλογα διαθέσιμος
- γνωρίζει καλά τις αξίες και τις πεποιθήσεις σας
- είναι πρόθυμος να σεβαστεί και να εκπροσωπήσει τις προτιμήσεις σας, ακόμα και αν διαφέρουν από τις δικές του
- δεν θα φοβηθεί να κάνει ερωτήσεις και να μιλήσει για λογαριασμό σας, ακόμα και αν αυτό είναι αντίθετο στις συμβάσεις ή τις επιθυμίες των αγαπημένων σας
- μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις υπό πίεση
- θα συνεχίσει να επικοινωνεί μαζί σας σχετικά με τις προτιμήσεις σας με την πάροδο του χρόνου

Σημείωση: Ο αντιπρόσωπός σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης *μπορεί να είναι* ή *να μην είναι* το ίδιο πρόσωπο που θα ορίζατε ως πρόσωπο επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Το παρόν έντυπο δεν εξουσιοδοτεί τον αντιπρόσωπό σας να λαμβάνει οικονομικές ή άλλες επιχειρηματικές αποφάσεις για λογαριασμό σας.

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Μιλήστε με τον αντιπρόσωπό σας σχετικά με τις διάφορες ευθύνες που μπορεί να πρέπει να αναλάβει με την ιδιότητα αυτή. Χρησιμοποιήστε τις ερωτήσεις του **Μέρους 2** για να κατευθύνετε τη συζήτησή σας.

Ο αντιπρόσωπός μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να λάβει ΟΛΕΣ τις αποφάσεις σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό μου αν δεν είμαι σε θέση να τις λάβω ο ίδιος/η ίδια. **Αν δεν περιορίσω την εξουσιοδότηση του αντιπροσώπου μου, μπορεί να λάβει τις ακόλουθες αποφάσεις για εμένα:**

- **Να αποδεχτεί/αρνηθεί** φάρμακα, εξετάσεις, θεραπείες. Να επιλέξει ή να αλλάξει παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να αποφασίσει πού θα λάβω περίθαλψη.
- **Να ξεκινήσει, να μην ξεκινήσει ή να διακόψει** κάθε μορφή παρέμβασης διατήρησης στη ζωή για να παραμείνω στη ζωή.
- Να μεριμνήσει και να λάβει αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα της σορού μου μετά θάνατον (συμπεριλαμβανομένης της νεκροψίας, της δωρεάς οργάνων και του τι θα συμβεί στα λείψανά μου)

Επιλογή βασικού αντιπροσώπου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης.

Επιλέγω το παρακάτω πρόσωπο ως βασικό (κύριο) αντιπρόσωπό μου σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης για να λάβει αποφάσεις σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό μου αν δεν είμαι σε θέση να τις λάβω ο ίδιος/η ίδια.

Ο βασικός (κύριος) αντιπρόσωπός μου σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης (My Primary [main] health care agent):

Όνοματεπώνυμο (Full name)

Σχέση (Relationship)

Ταχυδρομική διεύθυνση (Mailing address)

Πόλη (City)

Πολιτεία (State)

Ταχυδρομικός κώδικας (Zip code)

Βασικό τηλέφωνο (Primary phone)

Δευτερεύον τηλέφωνο (Secondary phone)

Email

Η εξουσία του αντιπροσώπου μου τίθεται σε ισχύ όταν ο ιατρός μου αποφανθεί ότι δεν είμαι σε θέση να λαμβάνω τις δικές μου αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω, συμπληρώνοντας ένα "X" (Please mark an "X" to select one of the following).

- Κατανοώ και αποδέχομαι ότι η εξουσιοδότηση του αντιπροσώπου μου θα τεθεί σε ισχύ όταν δεν θα μπορώ πλέον να λαμβάνω τις δικές μου αποφάσεις. Ή (I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)
- Προτιμώ ο αντιπρόσωπός μου να λαμβάνει αποφάσεις για λογαριασμό μου **αμέσως**, παρόλο που είμαι επί του παρόντος σε θέση να λαμβάνω δικές μου αποφάσεις (I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

Σημείωση: Αν ο αντιπρόσωπός σας είναι ο/η σύζυγος ή ο/η σύντροφος ζωής σας, ο ορισμός αντιπροσώπου ανακαλείται σε περίπτωση λύσης, ακύρωσης ή καταγγελίας του γάμου ή της σχέσης συμβίωσης (**Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership).

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

**Πρώτος και δεύτερος
αναπληρωτής
αντιπρόσωπος για
θέματα υγειονομικής
περίθαλψης.**

Αν ο κύριος αντιπρόσωπός μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι πρόθυμος, ικανός ή εύλογα διαθέσιμος να λάβει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό μου, επιλέγω τα παρακάτω πρόσωπα ως πρώτο και δεύτερο αναπληρωτή αντιπρόσωπό μου.

Αυτή η ενότητα είναι
συνιστώμενη αλλά
προαιρετική. Αν δεν
σας έρχεται κάποιο
πρόσωπο στο μυαλό,
συνεχίστε στην
επόμενη.

Πρώτος αναπληρωτής αντιπρόσωπος για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (First Alternate health care agent):

Όνοματεπώνυμο (Full name)

Σχέση (Relationship)

Ταχυδρομική διεύθυνση (Mailing address)

Πόλη (City)

Πολιτεία (State)

Ταχυδρομικός κώδικας
(Zip code)

Βασικό τηλέφωνο (Primary phone)

Δευτερεύον τηλέφωνο (Secondary phone)

Email

Δεύτερος αναπληρωτής αντιπρόσωπος για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (Second Alternate health care agent):

Όνοματεπώνυμο (Full name)

Σχέση (Relationship)

Ταχυδρομική διεύθυνση (Mailing address)

Πόλη (City)

Πολιτεία (State)

Ταχυδρομικός κώδικας
(Zip code)

Βασικό τηλέφωνο (Primary phone)

Δευτερεύον τηλέφωνο (Secondary phone)

Email

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Περιορισμοί που ισχύουν για τον αντιπρόσωπο για θέματα υγειονομικής περίθαλψης.

Αν δεν σας έρχεται τίποτα στο μυαλό για οποιαδήποτε από αυτές τις δηλώσεις, **συνεχίστε στην επόμενη ενότητα.**

Αν επιθυμώ να περιορίσω τις εξουσίες του αντιπροσώπου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, θα καταγράψω παρακάτω ποιες αποφάσεις σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης **ΔΕΝ** θέλω να λάβει ο αντιπρόσωπός μου (If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make.)

Θα καταγράψω επίσης παρακάτω τα ονόματα οποιωνδήποτε προσώπων, αν υπάρχουν, που **ΔΕΝ** επιθυμώ να λάβουν αποφάσεις για θέματα υγειονομικής περίθαλψης για εμένα. (I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μου (My Values & Beliefs)

Αυτή η ενότητα μου επιτρέπει να αναλογιστώ τι σημαίνει για μένα ποιότητα ζωής και ευζωία. Χρησιμοποιεί ως βάση για τις απαντήσεις μου στο υπόλοιπο έγγραφο.

Μέρος 2

Η συμπλήρωση της ενότητας "Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μου" σας επιτρέπει να καταγράψετε τι είναι σημαντικότερο στη ζωή σας. Αφιερώστε χρόνο σε αυτές τις ερωτήσεις, καθώς θα σας βοηθήσουν να σκεφτείτε το **Μέρος 3** του παρόντος εγγράφου.

Είναι σημαντική για να κατανοήσω και να αναλογιστώ τι έχει περισσότερη σημασία για εμένα, ώστε να μπορέσω να λάβω εκ των προτέρων αποφάσεις για την υγειονομική μου περίθαλψη που ανταποκρίνονται σε αυτό που είμαι. Είναι επίσης σημαντική για να κατανοήσει ο αντιπρόσωπός μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης τις αξίες μου και τι έχει μεγαλύτερη σημασία για μένα.

Θα μοιραστώ κάποια πράγματα για τον εαυτό μου, όπως τι είναι σημαντικότερο στη ζωή μου, τι σημαίνει για μένα ευζωία και σε ποιες ικανότητες δίνω αξία. Επίσης, θα γνωστοποιήσω πώς το σύστημα πεποιθήσεών μου μπορεί να επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψή μου (I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care).

Επιλέξτε όσα ισχύουν και χρησιμοποιήστε τον χώρο από κάτω για να περιγράψετε εκτενέστερα. (Check all that apply and use the space below to describe more)

1. Για να ζω καλά, μεγαλύτερη σημασία έχουν τα εξής (For me to live well, the following matter most to me):

- Να περνάω χρόνο και να επικοινωνώ με τους αγαπημένους μου (Spending time and connecting with loved ones)
- Να λαμβάνω μόνος μου τις αποφάσεις που με αφορούν (Making my own decisions)
- Να επικοινωνώ ουσιαστικά (Communicating meaningfully)
- Να είμαι σωματικά δραστήριος(-α) (Being physically active)
- Να αναγνωρίζω τους φίλους και την οικογένειά μου (Recognizing friends and family)
- Να είμαι κοινωνικά δραστήριος(-α) (Being socially active)
- Να ζω ανεξάρτητα (Living independently)
- Να τρέφομαι χωρίς βοήθεια (Feeding myself without assistance)
- Να φροντίζω την προσωπική υγιεινή μου (μπάνιο, ντύσιμο) (Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Να ζω στο σπίτι μου (Living in my home)
- Να εργάζομαι και/ή να προσφέρω εθελοντικές υπηρεσίες (Working and/or volunteering)
- Να ασκώ τα χόμπι ή τα ενδιαφέροντά μου (Participating in hobbies or interests)
- Να τιμώ τις πνευματικές πεποιθήσεις και/ή τη θρησκεία μου (Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- Άλλο (πείτε περισσότερα παρακάτω) (Other [say more below])

Επίσης, έχει σημασία για μένα να... (It also matters to me that)

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. Ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

2. ΓΙ' ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΛΟΓΟ οι επιλογές που έκανα στην Ερώτηση 1 έχουν σημασία για μένα. Θα γνωστοποιήσω και κάποιες πρόσθετες σκέψεις μου σχετικά με το τι δίνει νόημα στη ζωή μου. (This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

Σκεφτείτε τι έχει περισσότερη αξία για σας. Τι σημαίνει ποιότητα ζωής για σας; Αυτά μπορεί να σας φαίνονται μεγάλα ερωτήματα, αλλά **γνωρίζετε ήδη περισσότερα από όσα νομίζετε.**

Γιατί είναι σημαντικές για εσάς; (Why are these important to you?)

Απαντήστε σε αυτό μόνο εάν σας αφορά.

3. Πώς η κουλτούρα, η πνευματικότητα, η θρησκεία και/ή το σύστημα πεποιθήσεών μου επηρεάζουν τις αποφάσεις μου για την υγειονομική μου περίθαλψη; Πόσο σημαντικό είναι αυτό για μένα; (How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

Είναι σημαντικό για μένα να... (It is important to me that)

Επιλογή προτιμήσεων υγειονομικής περίθαλψης (Choosing My Health Care Preferences)

Η ενότητα αυτή, μαζί με το **Μέρος 2: Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μου** περιγράφει τις προτιμήσεις μου που θα καθοδηγήσουν **τους γιατρούς και τον αντιπρόσωπό μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης** να λάβουν ιατρικές αποφάσεις για μένα, αν δεν είμαι σε θέση να λάβω τις δικές μου αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης **ΚΑΙ** απαιτούνται παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή για να παραμείνω στη ζωή.

Μέρος 3

Μπορεί να μην νιώθετε άνετα να διαλέξετε τις προτιμήσεις σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά αν το κάνετε ενώ είστε υγιείς, διασφαλίζετε ότι θα έχετε δηλώσει την άποψή σας για κάποια στιγμή που δεν θα έχετε πια τη δυνατότητα να το κάνετε.

Στο παρόν έγγραφο δηλώνονται οι προτιμήσεις μου όσον αφορά την υγειονομική μου περίθαλψη.

Αν δεν είμαι σε θέση να λάβω αποφάσεις για την υγειονομική μου περίθαλψη και απαιτούνται παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή για να παραμείνω στη ζωή, ζητώ από τον αντιπρόσωπό μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης να δηλώσει τις προτιμήσεις μου, όπως αυτές περιγράφονται παρακάτω.

Γνωρίζω ότι οι αποφάσεις θα ληφθούν σε συνεργασία με τους γιατρούς και την ομάδα περίθαλψής μου και ότι θα λάβουν υπόψη τις πεποιθήσεις και τις αξίες μου, τις προτιμήσεις μου για την υγειονομική περίθαλψή μου και την ιατρική κατάστασή μου όταν θα πρέπει να ληφθούν οι αποφάσεις.

Σημείωση: Καταγράφοντας τις προτιμήσεις σας όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψή σας στην παρούσα οδηγία, ο αντιπρόσωπός σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης και οι γιατροί σας μπορούν να λάβουν αποφάσεις βάσει των όσων έχετε γράψει αντί να μαντεύουν, να υποθέτουν ή να προσπαθούν να θυμηθούν. Συζητήστε τις προτιμήσεις, τις αξίες και τις πεποιθήσεις σας με τον αντιπρόσωπό σας και τους γιατρούς σας.

Τι είναι οι παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή;

Οι παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή περιλαμβάνουν οποιεσδήποτε ιατρικές διαδικασίες, εξοπλισμό ή φάρμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να παραμείνω στη ζωή.

Αυτές οι παρεμβάσεις μπορεί να έχουν ή να μην έχουν αποτέλεσμα και δεν θεραπεύουν την υποκείμενη κατάσταση ή την αιτία της ασθένειας.

Στις παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή περιλαμβάνονται οι εξής:

- **Καρδιοπνευμονική ανάνηψη (Cardiopulmonary resuscitation, CPR):** μια προσπάθεια να ξεκινήσει ξανά η καρδιά μέσω μαλάξεων στο στήθος, σε περίπτωση που σταματήσει η καρδιά ή η αναπνοή σας.
- **Αναπνευστήρας:** μηχανήμα που αναπνέει για εσάς όταν δεν λειτουργούν οι πνεύμονές σας. Εισάγεται σωλήνας είτε μέσα από το στόμα σας είτε από τομή στον λαιμό σας στον αεραγωγό σας. Ο σωλήνας συνδέεται με το μηχανήμα.
- **Καθετήρας σίτισης:** ονομάζεται επίσης "τεχνητή διατροφή", είναι μια ιατρική θεραπεία που παρέχει υγρή τροφή (θρέψη) στο σώμα. Χρησιμοποιείται όταν ένα άτομο δεν μπορεί να φάει αρκετά από το στόμα ή έχει προβλήματα κατάποσης.
- **Αιμοκάθαρση:** μηχανήμα που απομακρύνει τις ακαθαρσίες από το αίμα σας αν δεν λειτουργούν οι νεφροί σας.
- **Μεταγγίσεις αίματος ή χρήση προϊόντων αίματος για θεραπείες:** η διαδικασία μεταφοράς αίματος ή προϊόντων αίματος στο σώμα σας μέσα από ένα στενό σωληνάκι που τοποθετείται σε μια φλέβα στο μπράτσο σας.

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. Ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Γνωστοποιήστε τις αξίες και τις προτιμήσεις σας όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψή σας στον αντιπρόσωπό σας. Συζητήστε γιατί οι επιλογές σας είναι σημαντικές για εσάς. Βεβαιωθείτε ότι θα τηρήσει τις επιλογές σας, ακόμα και αν διαφέρουν από τις δικές του.

Τώρα που μάθατε σχετικά με τις παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή, σκεφτείτε τα παρακάτω (επιλέξτε όσες ικανότητες επιθυμείτε).

A. Θα απέρριπτα ή θα τερμάτιζα παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή αν δεν ήμουν σε θέση (I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to):

- Να λαμβάνω μόνος(-η) μου τις αποφάσεις που με αφορούν (Make my own decisions)**
- Να επικοινωνώ ουσιαστικά (Communicate meaningfully)**
- Να αναγνωρίζω τους φίλους και την οικογένειά μου (Recognize friends and family)**
- Να τρέφομαι χωρίς βοήθεια ή καθετήρα σίτισης (Feed myself without assistance or tube feeding)**
- Να φροντίζω την προσωπική υγιεινή μου (μπάνιο, ντύσιμο) (Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])**
- Να συμμετέχω στην κοινωνία (Engage with the community)**

Με βάση τις παραπάνω απαντήσεις σας, σκεφτείτε τα παρακάτω καθώς επιλέγετε προτιμήσεις υγειονομικής περίθαλψης στη συνέχεια:

Ο αντιπρόσωπός μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης κλήθηκε να λάβει ιατρικές αποφάσεις για λογαριασμό μου διότι ένα σοβαρό ιατρικό συμβάν, μια ασθένεια ή ένας τραυματισμός μου στέρησε την ικανότητα να λαμβάνω αποφάσεις για εμένα και χρειάζονται παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή για να παραμείνω στη ζωή. Οι παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή περιλαμβάνουν: CPR, αναπνευστήρα, καθετήρα σίτισης, αιμοκάθαρση, μεταγγίσεις αίματος ή προϊόντα αίματος κ.λπ. (My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)

B. Έχω προχωρημένη άνοια ή σοβαρή εγκεφαλική βλάβη που δεν αναμένεται να βελτιωθεί. Δεν είμαι σε θέση να λειτουργήσω με τρόπο αποδεκτό για εμένα. (I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Με βάση τις αξίες και τις πεποιθήσεις μου (Based on my values and beliefs):

- **Δεν επιθυμώ παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή.** Είτε θα τερμάτιζα είτε δεν θα ξεκινούσα την εφαρμογή παρεμβάσεων διατήρησης στη ζωή. **(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)
- **Θα επιθυμούσα την έναρξη ή συνέχιση παρεμβάσεων διατήρησης στη ζωή, για όσο διάστημα είναι ιατρικώς σκόπιμο. (I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)**
- **Θα επιθυμούσα περιορισμένη δοκιμή παρεμβάσεων διατήρησης στη ζωή, για όσο διάστημα είναι ιατρικώς σκόπιμο. Τυπικά, μια περίοδος δοκιμής διαρκεί λιγότερο από δύο εβδομάδες. (I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)**

Οι προτιμήσεις μου όσον αφορά την περίοδο δοκιμής είναι διότι (My preferences for a trial period are...because...)

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Παραδείγματα
σοβαρής,
επιδεινούμενης
ασθένειας
αποτελούν
παθήσεις της
καρδιάς, των
νεφρών και των
πνευμόνων.

Γ. Έχω σοβαρή, επιδεινούμενη ασθένεια που πλησιάζει σε τελικό στάδιο.

Δεν είμαι σε θέση να λειτουργήσω με τρόπο αποδεκτό για εμένα. **(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.** I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Με βάση τις αξίες και τις πεποιθήσεις μου (Based on my values and beliefs):

..... **Δεν επιθυμώ παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή.** Είτε θα τερμάτιζα είτε δεν θα ξεκινούσα την εφαρμογή παρεμβάσεων διατήρησης στη ζωή. **(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Θα επιθυμούσα την έναρξη ή συνέχιση παρεμβάσεων διατήρησης στη ζωή,** για όσο διάστημα είναι ιατρικώς σκόπιμο. **(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

Θα επιθυμούσα περιορισμένη δοκιμή παρεμβάσεων διατήρησης στη ζωή, για όσο διάστημα είναι ιατρικώς σκόπιμο. Τυπικά, μια περίοδος δοκιμής διαρκεί λιγότερο από δύο εβδομάδες. **(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Οι προτιμήσεις μου όσον αφορά την περίοδο δοκιμής είναι διότι (My preferences for a trial period are...because...)

Απαντήστε σε αυτό μόνο εάν σας αφορά.

Αν επιθυμώ να προσθέσω άλλες προτιμήσεις υγειονομικής περίθαλψης ή αν επιθυμώ να περιορίσω οποιοσδήποτε παρεμβάσεις διατήρησης στη ζωή λόγω των πολιτιστικών, θρησκευτικών ή προσωπικών πεποιθήσεών μου, θα καταγράψω αυτούς τους περιορισμούς στον χώρο παρακάτω. **(If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs,** I will write these limitation(s) in the space below.)

Επιθυμώ ... διότι ... (I want...because...)

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

[Προαιρετικό]
Απόφαση άρνησης
καθορισμένης
ιατρικής αγωγής.

Μονογράψτε παρακάτω αν επιθυμείτε να αρνηθείτε μεταγγίσεις αίματος ή προϊόντα αίματος για σκοπούς θεραπείας (επιλέξτε ό,τι ισχύει για εσάς). (**Initial below** if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.]

..... **ΑΡΝΟΥΜΑΙ** μεταγγίσεις αίματος ή προϊόντα αίματος και θα συμπληρώσω το Έντυπο Δήλωσης σχετικά με το Αίμα της Kaiser Permanente. (**I DECLINE** blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

..... **ΑΡΝΟΥΜΑΙ** μεταγγίσεις αίματος ή προϊόντα αίματος και έχω συμπληρώσει Έντυπο Δήλωσης σχετικά με το Αίμα της Kaiser Permanente. (**I DECLINE** blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

Χρειάζομαι
άλλο έντυπο;

Αν πάσχετε από σοβαρή, επιδεινούμενη ασθένεια που πλησιάζει στο τελικό στάδιο της, συζητήστε το ενδεχόμενο συμπλήρωσης του εγγράφου Εντολών προς τους ιατρούς σχετικά με θεραπείες διατήρησης στη ζωή (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) με τον γιατρό σας ή την ομάδα που σας περιθάλπει.

Προτιμήσεις για τις μετά θάνατον διαδικασίες

Η παρούσα ενότητα σας επιτρέπει να καταγράψετε τις προτιμήσεις σας όσον αφορά τη μεταχείριση που θέλετε να έχει η σορός σας μετά θάνατον και τις επιθυμίες σας σχετικά με την κηδεία, την επιμνημόσυνη δέηση ή την ταφή. Μπορείτε επίσης να καταγράψετε τις προτιμήσεις σας σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

Μέρος 4

Μπορεί να είναι δύσκολο για εσάς να καταγράψετε τις προτιμήσεις σας για τις μετά θάνατον διαδικασίες, αλλά αυτό θα βοηθήσει τους αγαπημένους σας να σεβαστούν τις επιθυμίες σας κατά τη διάρκεια μιας ιδιαίτερα συναισθηματικής περιόδου.

Καταγράφοντας τις προτιμήσεις σας σχετικά με το τι θα συμβεί σε εσάς κατά τον θάνατό σας και μετά, θα βοηθήσετε τους ανθρώπους που είναι πιο κοντά σας να σεβαστούν ό,τι είναι σημαντικότερο για εσάς. Αφιερώστε λίγο χρόνο για να σκεφτείτε αυτές τις δηλώσεις και, αν σας βοηθά, μπορείτε να ανατρέξετε ξανά στο **Μέρος 2: Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μου.**

Να θυμάστε: Αν δεν μπορείτε να αποφασίσετε ή δεν έχετε όλες τις απαντήσεις, καταγράψτε ό,τι γνωρίζετε και συνεχίστε στην επόμενη ενότητα.

1. Αν είμαι στο τέλος της ζωής μου, θέλω οι αγαπημένοι μου να γνωρίζουν ότι θα επιθυμούσα γύρω μου τα εξής (για παράδειγμα, τελετουργικά, πνευματική υποστήριξη, ανθρώπους, μουσική, φαγητό, κατοικίδια κ.λπ.) (If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]):

Οι προτιμήσεις μου είναι... (My preferences are...)

Παρακαλούμε να συμπεριλάβετε τυχόν προηγούμενες διευθετήσεις (όπως γραφείο κηδειών, νεκροταφείο, δωρεά της σορού σας στην επιστήμη) που μπορεί να έχετε κάνει.

2. Μετά θάνατον, οι προτιμήσεις μου όσον αφορά τη μεταχείριση της σορού μου (κηδεία, επιμνημόσυνη δέηση, ταφή ή τυχόν άλλες θρησκευτικές ή πνευματικές παραδόσεις) απαριθμούνται παρακάτω. (After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

Οι προτιμήσεις μου είναι... (My preferences are...)

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Προτιμήσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων, ιστών και/ή μερών του σώματος.

Ορίστε μία επιλογή για τη δωρεά οργάνων.

3. Μετά το θάνατό μου, επιθυμώ να δωρίσω τα όργανα, τους ιστούς και/ή μέρη του σώματός μου. (Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

Ναι (Yes)

Εφόσον επιλέγω το παραπάνω πλαίσιο και ανεξάρτητα από τις επιλογές μου στο **Μέρος 3: Επιλογή προτιμήσεων υγειονομικής περίθαλψης στο τέλος της ζωής μου**, εξουσιοδοτώ τον αντιπρόσωπό μου για θέματα υγειονομικής περίθαλψης να συναινέσει σε οποιαδήποτε προσωρινή ιατρική διαδικασία που είναι απαραίτητη αποκλειστικά για την αξιολόγηση και/ή τη διατήρηση των οργάνων, ιστών και/ή μερών του σώματός μου για σκοπούς δωρεάς. (By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

Ορίστε **όσες** επιλογές ισχύουν για εσάς (Choose **as many** options as applies):

Επιθυμώ να δωρίσω τα όργανα, τους ιστούς και/ή τα μέρη του σώματός μου για τους παρακάτω σκοπούς (I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes):

Μεταμόσχευση (Transplant)

Θεραπεία (Therapy)

Έρευνα (Research)

Εκπαίδευση (Education)

Επιθυμώ να περιορίσω τη δωρεά των οργάνων, των ιστών και/ή των μερών του σώματός μου, όπως αναφέρεται παρακάτω (I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below):

Θα ήθελα να περιορίσω... (I would like to restrict...)

Όχι (No)

Δεν είμαι σίγουρος(-η) (I'm not sure)

Η μη συμπλήρωση αυτού του μέρους δεν συνιστά άρνηση δωρεάς των οργάνων, ιστών και/ή μερών του σώματός μου. Θα πρέπει να τηρηθεί η κρατικά εγκεκριμένη καταχώρισή μου ως δωρητή/δωρητριάς ή, αν δεν υπάρχει, ο νομίμως αναγνωρισμένος υπεύθυνος λήψης αποφάσεων εξ ονόματός μου που αναφέρεται στο Μέρος 1 μπορεί να πραγματοποιήσει δωρεά μετά τον θάνατό μου. Αν δεν έχει οριστεί αντιπρόσωπος για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, αναγνωρίζω ότι το δίκαιο της Καλιφόρνια επιτρέπει σε εξουσιοδοτημένο άτομο να λάβει μια τέτοια απόφαση εκ μέρους μου. **(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts.** My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

Νομιμοποίηση του παρόντος εγγράφου (Making This Document Legally Valid)

Αυτή η ενότητα προσδίδει νομική ισχύ στην Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης στην Πολιτεία της Καλιφόρνια. Για να έχει νομική ισχύ πρέπει (1) να υπογραφεί από εσάς ΚΑΙ (2) να υπογραφεί από δύο μάρτυρες Ή να επικυρωθεί από συμβολαιογράφο.

Μέρος 5

Η τήρηση των νομικών απαιτήσεων

εξασφαλίζει ότι όλος ο κόπος και η σκέψη που αφιερώσατε σε αυτή την AHCD θα έχουν ισχύ. Να θυμάστε ότι, αν θέλετε να αλλάξετε κάτι αργότερα, απλώς συμπληρώστε μια νέα AHCD.

Υπογράψτε στο κάτω μέρος της παρούσας σελίδας ΚΑΙ επιλέξτε ΕΝΑ από τα εξής για να καταστεί το παρόν έγγραφο νομικά έγκυρο στην Πολιτεία της Καλιφόρνια:

ΔΥΟ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

- Ένας από τους μάρτυρες **δεν μπορεί να είναι συγγενής σας (εξ αίματος, εξ αγχιστείας ή μέσω υιοθεσίας)** και δεν μπορεί να δικαιούται μέρος της περιουσίας σας.
- **Ο κύριος και ο αναπληρωτής αντιπρόσωπός σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων) ΔΕΝ μπορούν να υπογράψουν ως μάρτυρες.**
- **Ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης ή ένας υπάλληλος του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης ΔΕΝ μπορεί να υπογράψει ως μάρτυρας.**
- Παρουσία των μαρτύρων σας, υπογράψτε ή βεβαιώστε την υπογραφή σας.
- Οι μάρτυρες θα υπογράψουν στη σελίδα 16.

Ή

ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΟΣ

- **ΜΗΝ** υπογράψετε το παρόν έγγραφο, παρά μόνο όταν είστε ενώπιον Συμβολαιογράφου.
- Ο συμβολαιογράφος θα υπογράψει στη σελίδα 17.

Η υπογραφή σας εδώ

Συνεχίστε! Για να έχει το παρόν έγγραφο νομική ισχύ στην Πολιτεία της Καλιφόρνια, θα πρέπει επίσης να μεριμνήσετε για την υπογραφή του από μάρτυρες ή την επικύρωσή του από συμβολαιογράφο.

Η υπογραφή μου (My Signature)

Το όνομά μου με κεφαλαία (My name printed)

Η υπογραφή μου (My signature)

Ημερομηνία (Date)

Αν δεν είστε σωματικά σε θέση να υπογράψετε, οποιοδήποτε σημάδι που κάνετε με σκοπό να το χρησιμοποιήσετε ως υπογραφή σας είναι αποδεκτό. (If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. Ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

**Επιλογή
ΔΥΟ ΜΑΡΤΥΡΩΝ.**

Επιλέγω ΔΥΟ ΜΑΡΤΥΡΕΣ για να προσδώσουν στο παρόν έγγραφο νομική ισχύ στην Καλιφόρνια.

ΔΗΛΩΣΗ ΜΑΡΤΥΡΩΝ: Δηλώνω, εν γνώσει των κυρώσεων που επισύρει η ψευδορκία σύμφωνα με το δίκαιο της Καλιφόρνια: (1) ότι γνωρίζω προσωπικά το πρόσωπο που υπέγραψε ή επιβεβαίωσε την παρούσα Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης ή ότι έλαβα πειστικά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την ταυτότητα του προσώπου αυτού, (2) ότι το πρόσωπο αυτό υπέγραψε ή βεβαίωσε την παρούσα Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης παρουσία μου, (3) ότι το πρόσωπο αυτό φαίνεται να έχει σώας τας φρένας και δεν ενεργεί υπό απειλή, στο πλαίσιο απάτης ή απαράδεκτης επιρροής, (4) ότι δεν έχω διοριστεί ως αντιπρόσωπος στην παρούσα Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης και (5) ότι δεν είμαι ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης ή υπάλληλος του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης του προσώπου αυτού, φορέας εκμετάλλευσης δημόσιας εγκατάστασης φροντίδας, υπάλληλος φορέα εκμετάλλευσης δημόσιας εγκατάστασης φροντίδας, φορέας εκμετάλλευσης οίκου ευγηρίας ή υπάλληλος φορέα εκμετάλλευσης οίκου ευγηρίας.

**Υπογραφή πρώτου
μάρτυρα.**

Να θυμάστε ότι ο αντιπρόσωπός σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορεί να είναι μάρτυρας.

Πρώτος μάρτυρας (Witness number one):

Όνομα (Name)

Διεύθυνση (Address)

Υπογραφή (Signature)

Ημερομηνία (Date)

**Υπογραφή δεύτερου
μάρτυρα.**

Δεύτερος μάρτυρας (Witness number two):

Όνομα (Name)

Διεύθυνση (Address)

Υπογραφή (Signature)

Ημερομηνία (Date)

Νομικά, ένας από τους μάρτυρές σας δεν μπορεί να είναι συγγενής σας.

Συμπληρωματική δήλωση μαρτύρων: Τουλάχιστον ένας από τους ανωτέρω μάρτυρες πρέπει να υπογράψει επίσης την ακόλουθη δήλωση: **Δηλώνω περαιτέρω, εν γνώσει των κυρώσεων που επισύρει η ψευδορκία σύμφωνα με το δίκαιο της Καλιφόρνια,** ότι δεν είμαι συγγενής εξ αίματος, εξ αγχιστείας ή μέσω υιοθεσίας του ατόμου που υπογράφει την παρούσα Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περίθαλψης και ότι, εξ όσων γνωρίζω, δεν δικαιούμαι οποιοδήποτε μέρος της περιουσίας του ατόμου αυτού μετά τον θάνατό του σύμφωνα με υφιστάμενη διαθήκη ή βάσει του νόμου. **(Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

Υπογραφή (Signature)

Ημερομηνία (Date)

Όνοματεπώνυμο (Full Name): _____

Αρ. ιατρικού φακέλου # (Medical Record #): _____

Υπογράψτε σε αυτό
το σημείο μόνο εάν
σας αφορά.

Ειδική απαίτηση μάρτυρα

Αν είστε ασθενής σε εξειδικευμένη εγκατάσταση νοσηλείας, ο δικηγόρος του ασθενούς ή ο διαμεσολαβητής πρέπει να υπογράψει την ακόλουθη δήλωση. (**Special Witness Requirement** If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΚΗΓΟΡΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: Δηλώνω, εν γνώσει των κυρώσεων που επισύρει η ψευδορκία σύμφωνα με το δίκαιο της Καλιφόρνια, ότι είμαι δικηγόρος ασθενούς ή διαμεσολαβητής, όπως ορίζεται από το State Department of Aging (Υπουργείο για την τρίτη ηλικία) και ότι ενεργώ ως μάρτυρας, όπως απαιτείται στο άρθρο 4675 του Κώδικα Επικυρώσεων της Καλιφόρνια. (**STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:** I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

Υπογραφή (Signature)

Ημερομηνία (Date)

Επιλογή
ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΟΥ.

Επιλέγω ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΟ αντί δύο μαρτύρων.

ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,
County of _____

On _____ before me, _____
(insert name and title of the officer)

personally appeared _____
who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____ (Seal)

Συγχαρητήρια!
Σχεδόν τελειώσατε.
Έμειναν λίγα ακόμα πράγματα που πρέπει να φροντίσετε για να ολοκληρωθεί η διαδικασία.

Επόμενες ενέργειες (Next Steps)

Τώρα που συμπληρώσατε την Εκ των Προτέρων Οδηγία Υγειονομικής Περιθαλψης (AHCD), χρησιμοποιήστε αυτή τη λίστα ελέγχου για να εξασφαλίσετε ότι θα πραγματοποιήσετε αυτά τα λίγα τελευταία βήματα.

❑ Δώστε αντίγραφο της AHCD

- ΣΤΟΝ **αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης** (υπεύθυνο λήψης αποφάσεων) και σε τυχόν αναπληρωτές αντιπροσώπους
- **Φέρτε το μαζί σας στο επόμενο προγραμματισμένο ραντεβού σας Ή**
Στείλτε ταχυδρομικά αντίγραφο στη διεύθυνση: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 Ή
Στείλτε email στη διεύθυνση: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- Φυλάξτε **το πρωτότυπο**

❑ Συζητήστε για την AHCD που συμπληρώσατε

- **Μιλήστε με τον αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνο λήψης αποφάσεων)** σχετικά με τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις σας σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης. Χρησιμοποιήστε την AHCD για να κατευθύνετε τη συζήτηση και βεβαιωθείτε ότι νιώθει ικανός(-ή) να εκπληρώσει αυτόν τον ρόλο.
- **Φροντίστε να ενημερώσετε τους αγαπημένους, την οικογένεια και/ή τους στενούς φίλους σας** ποιον επιλέξατε ως αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, ποιες είναι οι προτιμήσεις σας σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης και γιατί

❑ Πάρτε μαζί σας την AHCD.

- Αν μεταβείτε σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο νοσηλείας, πάρτε μαζί σας ένα αντίγραφο της AHCD και ζητήστε να μπει στον ιατρικό φάκελό σας.

❑ Να επανεξετάζετε τακτικά την AHCD σας

Επανεξετάστε την AHCD σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω περιπτώσεις:

Δεκαετία – όταν μπαίνετε σε μια νέα δεκαετία της ζωής σας

Θάνατος – κάθε φορά που βιώνετε τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου

Διαζύγιο/Γάμος – όταν βιώνετε διαζύγιο, γάμο ή άλλη σημαντική αλλαγή στην οικογένεια

Διάγνωση – όταν διαγνωστείτε με σοβαρή πάθηση

Εξασθένηση – όταν βιώσετε κάποια σημαντική εξασθένηση ή επιδείνωση υφιστάμενου ιατρικού προβλήματος, ιδίως αν δεν είστε σε θέση να ζήσετε μόνος(-η).

Να θυμάστε: Μπορείτε να ακυρώσετε ή να αλλάξετε ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ από τις προτιμήσεις που έχετε δηλώσει στην AHCD οποτεδήποτε. Καθώς αλλάζει η κατάσταση της ζωής ή της υγείας σας, μπορείτε να αλλάξετε το πρόσωπο που ορίζετε ως αντιπρόσωπό σας για θέματα υγειονομικής περίθαλψης (υπεύθυνο λήψης αποφάσεων) και τις προτιμήσεις σας σε ιατρικά θέματα. Πρέπει να το κάνετε γραπτώς και να υπογράψετε το νέο έγγραφο ή μπορείτε να ενημερώσετε αυτοπροσώπως τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.



Σκοπός αυτών των πληροφοριών δεν είναι να χρησιμεύσουν στη διάγνωση προβλημάτων υγείας ή να υποκαταστήσουν τις ιατρικές συμβουλές ή την ιατρική φροντίδα που λαμβάνετε από τον γιατρό σας ή άλλον επαγγελματία υγείας. Αν έχετε επίμονα προβλήματα υγείας ή αν έχετε συμπληρωματικές ερωτήσεις, συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.

Αναπτύχθηκε από την Spark, μια ομάδα της KPIT Innovation σε συνεργασία με την περιφερειακή ομάδα Σχεδιασμού Φροντίδας Ζωής. Θερμές ευχαριστίες στην Bioethics, SCPMG Legal και σε άλλους βασικούς συνεργάτες για την καθοδήγησή τους.

© Southern California Permanente Medical Group.

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

SCAL-LCP 032G (07/21)

kp.org/lifecareplan