



**HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY**

Я, \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Назначаю: \_\_\_\_\_

*Полное имя основного доверенного лица (лицо, которое может принимать за меня решения в отношении моего медицинского обслуживания, если я утрачу такую способность)*

Адрес \_\_\_\_\_

Номера телефонов \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

в качестве моего основного доверенного лица по медицинским вопросам (Health Care Agent) для принятия за меня решений о медицинском обслуживании и личном уходе, если я стану неспособным(-ой) принимать решения самостоятельно. Если указанное выше лицо по какой-либо причине не сможет выполнять функции моего доверенного лица, я назначаю второго доверенного лица (Alternate Agent):

\_\_\_\_\_

*Полное имя второго доверенного лица*

Адрес \_\_\_\_\_

Номера телефонов \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Настоящая доверенность на осуществление прав пациента (Health Care Power of Attorney) вступает в силу в день наступления моей недееспособности. Я предоставляю своему доверенному лицу следующие полномочия:

1. Принимать решения о моем поступлении в любое медицинское учреждение, дом престарелых или аналогичное учреждение или выписке из него, а также заключать соглашения, касающиеся ухода за мной.
2. Разрешать, отказывать или отзываться согласие на любые виды медицинских и хирургических процедур, ухода или лечения, включая, в частности, интубацию, реанимацию и кормление или гидратацию искусственным или инвазивным путем.

Я обсудил(-а) свои пожелания относительно медицинского обслуживания со своими доверенными лицами, которые должны следовать моим указаниям, насколько это только возможно. Если мое доверенное лицо не может определить, чего бы я хотел(-а), то мое доверенное лицо должно принять решение по собственному усмотрению, исходя из моих интересов. Я отменяю все ранее выданные доверенности на осуществление прав пациента.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я понял(-а) содержание этого документа и намерен(-а) придать ему юридическую силу.

Подпись \_\_\_\_\_ Дата/время \_\_\_\_\_

Подпись свидетеля \_\_\_\_\_ Дата/время \_\_\_\_\_

Подпись свидетеля \_\_\_\_\_ Дата/время \_\_\_\_\_





В Penn State Health ценится право людей самостоятельно принимать решения о своем медицинском обслуживании. В любом возрасте непредвиденное расстройство здоровья может привести к тому, что человек не сможет самостоятельно принимать решения о своем медицинском обслуживании. Планирование помогает обеспечить людям желаемый уход. Важным шагом в этом процессе является определение лица, которое будет принимать за вас решения о медицинском обслуживании, называемого доверенным лицом по медицинским вопросам.

## Что такое доверенность на осуществление прав пациента (Health Care Power of Attorney, HCPOA)?

- *HCPOA — это документ, в котором указан один или несколько человек, которым вы доверяете сообщать медицинским работникам ваши решения относительно медицинского обслуживания, когда вы не в состоянии этого сделать.*
- *HCPOA часто является одним из разделов других документов, таких как предварительное распоряжение (Advance Directive) или медицинское завещание (Living Will).*

## Кого мне следует назначить доверенным лицом по медицинским вопросам?

- *Доверенное лицо по медицинским вопросам — это человек, которого вы назначаете для принятия решений касательно вашего медицинского обслуживания, когда вы не в состоянии принимать такие решения самостоятельно*
- Вашим доверенным лицом по медицинским вопросам может быть член вашей семьи или ваш близкий друг, которому вы доверяете принимать серьезные решения от вашего имени. Этот человек должен четко понимать ваши пожелания и согласиться взять на себя ответственность за принятие решений касательно медицинского обслуживания за вас. Вы должны подробно объяснить вашему доверенному лицу его роль и обязанности.
- У вас есть возможность назначить второго доверенного лица по медицинским вопросам. Он будет действовать от вашего имени в том случае, если человек, которого вы назначили основным доверенным лицом, не может или не хочет выполнять свои функции или же отсутствует на месте.
- Вы не можете назначить медицинского работника, который оказывает вам медицинские услуги.
- Вы не можете назначить сотрудника медицинского учреждения, с которым у вас есть заключенный договор на предоставление медицинских услуг, если только этот человек не является вашим родственником и не оказывает вам медицинские услуги.

## Что делать, если я физически не могу подписать доверенность на осуществление прав пациента?

- Если вы не можете подписать форму доверенности на осуществление прав пациента, вы можете поручить другому лицу поставить на ней подпись и дату от вашего имени.

## Кто может быть свидетелем подписания доверенности на осуществление прав пациента?

*Подписание этого документа должны засвидетельствовать два взрослых человека в возрасте 18 лет и старше.*

*Желательно, чтобы это были члены вашей семьи или друзья.*

- Свидетелем не можете быть вы, назначенное вами доверенное лицо по медицинским вопросам, лицо, подписывающее документ от вашего имени (если вы физически не в состоянии подписать этот документ), или медицинский работник, оказывающий вам медицинские услуги.

## Когда доверенность на осуществление прав пациента вступает в силу?

- Подписанная и датированная в присутствии двух свидетелей HCPOA вступает в силу только тогда, когда вы утратите способность самостоятельно принимать решения по медицинским вопросам.

## Что делать, если у меня уже есть предварительное распоряжение?

- Вы должны заполнить эту форму только в том случае, если хотите заменить своего доверенного лица по медицинским вопросам, указанного в действующем предварительном распоряжении.
- Настоящая доверенность на осуществление прав пациента заменит все предыдущие доверенности на осуществление прав пациента.
- Если же у вас есть медицинское завещание, оно остается в силе. Если HCPOA была оформлена в составе медицинского завещания, данный документ заменит только соответствующий раздел медицинского завещания.

## Моя доверенность подписана и засвидетельствована. Что мне теперь делать?

- Храните оригинал доверенности в надежном, но доступном месте.
- Раздайте копии доверенности своим врачам в клиниках и больницах, где вы получаете медицинские услуги.
- Раздайте копии доверенности своему основному и второму доверенным лицам по медицинским вопросам, членам семьи и всем, кто может заниматься вашими медицинскими вопросами.
- Если вы хотите выразить свои пожелания более подробно, поговорите со своим поставщиком медицинских услуг или проконсультируйтесь с адвокатом по поводу доступных для вас вариантов в рамках правового поля.

## Что делать, если я хочу внести изменения в доверенность на осуществление прав пациента?

- Вы можете отменить этот документ или внести в него изменения.
- Если вы хотите внести изменения, вам необходимо оформить новую доверенность, а на оригинале действующей доверенности написать слово «Отменить» и проставить дату отмены.
- После внесения изменений в действующую доверенность или оформления новой доверенности раздайте копии нового документа всем, у кого есть копия оригинала предыдущей доверенности.
- В случае возникновения дополнительных вопросов проконсультируйтесь с адвокатом.

**Примечание для лечащего врача.** Для получения дополнительной информации см. Политику Penn State Health (включая Руководство по оформлению предварительных распоряжений).