



(Смотреть страницы 3-4 для завершения этой анкеты)
(See pages 3-4 for completion directions)

Имя и фамилия: _____
Full Name

Дата рождения: _____
Date of birth

- 1. Я назначаю, следующее лицо, в качестве моего основного (основной) представителя по вопросам медицинского лечения и ухода. Этот человек будет принимать все решения за меня, если я не в состоянии принять их сам:**
I appoint the following person to serve as my primary (main) health care agent.

Имя и фамилия: _____
Name

Кем мне приходится: _____
Relationship

Телефон (моб): _____
Cell phone

Другой телефон: _____
Other phone

(Необязательно): Я назначаю нижеуказанное лицо моим альтернативным представителем по вопросам моего медицинского лечения и ухода в случае, если мой первый представитель не доступен:
(Optional): I appoint this person as my alternate health care agent in the event my first health care agent is not available:

Имя и фамилия: _____
Name

Кем мне приходится: _____
Relationship

Телефон (моб): _____
Cell phone

Другой телефон: _____
Other phone

- 2. (Необязательно): Я выражаю свои следующие пожелания по поводу моего медицинского лечения и ухода, например: мои ценности и убеждения, что я желаю и не желаю, моё мнение о конкретных способах лечения в различных ситуациях. Если вам нужно больше места, продолжайте на 4 странице .**
(Optional): I give the following instructions about my health care (my values and beliefs, what I do and do not want, views about specific medical treatments or situations): *If you need more space, continue on page 4.*

Подпись: _____
Signature

Дата: _____
Date

¹Более подробная форма также доступна, если вы хотите более подробно описать ваши пожелания по медицинскому лечению и уходу

¹A long form is available if you wish to more fully describe your health care wishes.

¹Этот документ не будет применяться к любой терапии связанной с психическим здоровьем и лечением (Электросудорожная терапия или нейролептических препаратов).

²This document will not apply to any intrusive mental health treatments (electroconvulsive therapy or neuroleptic medications)

Используйте нижеуказанное пространство для продолжения перечня Ваших пожеланий по медицинскому уходу (вопрос 2 из первой странице), или для оставления Ваших дополнительных комментариев.
Use the space below to continue your wishes about your health care (question 2 from front page), or to add comments.

Notary Public in the State of Minnesota

County of _____

Notary seal

In my presence on: _____ (date)

(Name): _____

acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.

Signature of Notary: _____

My commission expires _____ (date)

Подписи свидетелей

OR Statement of Witnesses

Свидетель1: _____
Witness 1

Свидетель2: _____
Witness 2

Имя (печатные буквы): _____
Print Name

Имя (печатные буквы): _____
Print Name

(свидетели должны быть 18 лет или старше и не могут быть вашим основным или альтернативным представителем. Один из свидетелей не может быть вашим лечащим врачом или сотрудником поставщика ваших медицинских услуг.)
(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be your primary or alternate health care agent. One witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.)

Должен ли я заполнить эту анкету ?

Do I have to complete this Health Care Directive?

Нет. Не обязательно. Вы можете заполнить её сегодня или в будущем, также Вы можете отказаться от заполнения. Однако заполнение этой формы, поможет удовлетворить Ваши пожелания в будущем. Высказывание Ваших пожеланий в письменной форме, даст возможность Вашим близким осуществлять Ваши пожелания.

No. You may complete it today or at a later date, or you can decline to complete it. However, completing this form will help make sure you get the care you want. Putting your choices in writing helps loved ones know if they're doing what you would want.

Какую информацию я должен предоставить?

What information am I being asked for?

Вопрос 1: Этот вопрос о Вашем представителе, которого Вы уполномочили говорить и принимать медицинские решения за вас, если Вы не состоите в состоянии принять их самостоятельно. Рекомендуется назвать членов семьи, или друга, который Вас хорошо знает, и понимает Ваши пожелания и убеждения. Вы должны показать этот документ Вашему представителю и обсудить его с ним или с ней. Сделайте дополнительные копии этого документа и дайте копии Вашему представителю, лечащим Вас врачам и другим близким Вам людям.

Question 1: This question is about your health care "agent." Your agent is someone you choose to speak and make health care decisions for you if you cannot. Consider naming a family member or friend who knows you well and understands your values. Showing your agent this document and talking about it with him or her is important. Make extra copies to share with your health care agent, health care providers, and other important people in your life.

Вопрос 2: (необязательно): Этот вопрос касается медицинского ухода, и возможно других пожеланий, которые у Вас могут быть. Вы можете их указать конкретно или в общем. Например:

Question 2 (Optional): This question is about health care and other wishes you may have. You may be as specific or general as you like. You may include:

- **Ваши цели, убеждения и предпочтения о медицинском лечении и уходе**
- your goals, values, and preferences about medical care
- **способы лечения которые Вы предпочитаете**
- the types of medical treatment you would want or not want
- **как именно Вы хотите чтобы Ваш представитель/представители, принимали решения**
- how you want your agent or agents to decide
- **где Вы бы хотели осуществить свой уход (дома или в больнице)**
- where you would like to receive care (such as at home or a hospital)
- **хотите ли Вы быть донором органов, тканей и глаз**
- whether or not you would like to donate your organs, tissues, and eyes

Нотариус или Свидетели

Notary Public or Witnesses

Нотариусу или 2 свидетелям необходимо подтвердить вашу подпись на этом документе. Свидетели должны быть 18 лет или старше и не являться в этом документе основным или альтернативным представителем по Вашему лечению и уходу. По крайней мере один свидетель не может быть Вашим лечащим врачом или сотрудником поставщика Ваших медицинских услуг.

A notary public or 2 witnesses must verify your signature on this Health Care Directive. The witnesses must be 18 years of age or older, and cannot be your primary or alternate health care agent. At least one witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.

Что Я должен делать после заполнения этого документ ?

What should I do after I complete this Health Care Directive?

Вы должны сообщить людям, что Вы их назначили Вашим основным или альтернативным представителем, в том случае, если Вы это еще не сделали. Убедитесь, что они чувствуют себя в состоянии выполнить это важное решение для Вас в будущем. Дайте копию Вашему врачу. Храните дополнительные копии, в таком месте, где их можно легко найти, а также дайте копии Вашим родственникам и близким.

Tell the people you named as your primary and alternate health care agents, if you have not already done so. Make sure they feel able to do this important job for you in the future. Give a copy of your health care directive to your health care provider. Keep additional copies for your records and to share with your health care agents and family or others as you wish.

С кем можно обсудить если у меня есть вопросы?

Who can I talk with if I have questions?

Ваш лечащий врач может ответить на Ваши вопросы и беспокойство. Он или она направит Вас к специалистам, которые смогут Вам помочь.

Your health care provider can answer your questions or concerns. He or she may refer you to an Advance Care Planning Facilitator for help.