Медицинская доверенность

Назначение представителя по медицинским вопросам в штате Нью-Йорк

Закон штата Нью-Йорк о назначении доверенных лиц по вопросам медицинского обслуживания позволяет вам назначить человека, которому вы доверяете, например члена семьи или близкого друга, который будет принимать медицинские решения за вас, если вы утратите способность к самостоятельному принятию решений. Назначив представителя по медицинским вопросам, вы обеспечите, чтобы медработники учитывали ваши пожелания. Также ваш представитель может решить, как применять ваши пожелания, если состояние вашего здоровья изменится. Больницы, врачи и другие поставщики медицинских услуг должны выполнять решения вашего представителя, как если бы они были приняты вами. Вы можете наделить человека, которого выбрали своим представителем по медицинским вопросам, таким объемом полномочий, какой сочтете целесообразным. Вы можете разрешить своему представителю по медицинским вопросам принимать за вас все или только определенные медицинские решения. Также вы вправе дать своему представителю по медицинским вопросам указания, которым он должен следовать. Эта форма может использоваться и для документального удостоверения ваших пожеланий или указаний в отношении донорства органов и/или тканей.

VISITING NURSE SERVICE OF NEW YORK VNSNY | CHOICE℠ Health Plans

Информация о форме медицинской доверенности

Настоящее руководство является важным юридическим документом. Прежде чем его подписать, вы должны уяснить для себя следующие факты:

1. Настоящая форма дает лицу, которое вы выбираете в качестве своего представителя, право на принятие всех решений о медицинском обслуживании от вашего имени, включая решение об отмене или согласии на жизнеобеспечивающее лечение, если вы не укажете в настоящей форме иное. «Медицинское обслуживание» означает любое лечение, услугу или процедуру по диагностике или лечению физического или психического расстройства.

2. Вашему представителю будет разрешено принимать за вас решения об искусственном питании и восполнении потери жидкости (через зонд или капельницу) только в том случае, если он имеет достаточно хорошее представление о ваших пожеланиях относительно этих мер.

3. Ваш представитель начнет принимать решения о медицинском обслуживании от вашего имени, когда ваш лечащий врач определит, что вы неспособны принимать данные решения самостоятельно.

4. Вы можете указать в настоящей форме примеры видов лечения, которые не желаете получать, и/ или которые хотите получать в обязательном порядке. Данные указания могут использоваться для ограничения полномочий представителя в отношении принятия решений. При принятии решений от вашего имени ваш представитель обязан придерживаться ваших указаний.

5. Для заполнения настоящей формы вам не нужно обращаться к адвокату.

6. Вы можете назначить своим представителем любое совершеннолетнее лицо (достигшее 18-летнего возраста), включая члена вашей семьи или близкого друга. Если вы назначаете своим представителем врача, ему придется выбрать функции вашего представителя или вашего лечащего врача, поскольку врач не может выполнять обе эти функции одновременно. Кроме того, если вы являетесь пациентом или находитесь в больнице, доме с сестринским уходом или психиатрическом заведении, существуют особые ограничения относительно назначения сотрудников такого заведения вашим представителем. Попросите сотрудников заведения объяснить вам эти ограничения.

7. Прежде чем назначить кого-либо своим представителем по медицинским вопросам, обсудите это с ним или ней, чтобы убедиться в том, что он или она согласен (согласна) быть вашим представителем. Сообщите этому лицу, что вы хотите назначить его своим представителем по медицинским вопросам. Обсудите со своим представителем данную форму и ваши пожелания относительно медицинского обслуживания. Обязательно предоставьте ему подписанный экземпляр формы. Ваш представитель не может преследоваться по закону за решения о медицинском обслуживании, принятые добросовестно.

8. Если представителем по медицинским вопросам назначен(а) супруг(а), но впоследствии был оформлен развод или раздельное проживание, бывший (-ая) супруг(а) больше не может быть вашим представителем по закону, если только вы не распорядитесь иначе. Если вы хотите, чтобы ваш(а) бывший (-ая) супруг(а) оставался (-ась) вашим представителем, вы можете указать это в настоящей форме и поставить соответствующую дату, либо заполнить новую форму, указав в ней своего (-ю) бывшего (-ую) супруга (-у).

9. Подписывая данную форму, вы сохраняете за собой право на принятие самостоятельных решений о медицинском обслуживании до тех пор, пока будете способны это делать, вам не может быть назначено или прекращено лечение вопреки вашей воле, и ваш представитель не будет иметь права на возражение.

10. Вы можете аннулировать полномочия, предоставленные вашему представителю, устно или письменно уведомив об этом его или свое медицинское учреждение.

11. Назначение представителя по медицинским вопросам носит добровольный характер. Никто не может потребовать, чтобы вы назначили своего представителя.

12. Вы можете указать в настоящей форме свои пожелания или указания относительно донорства органов и/или тканей.

Часто задаваемые вопросы

Почему мне следует назначить представителя по медицинским вопросам?

Если вы даже временно утратите способность принимать решения о медицинском обслуживании, за вас должен их принимать кто-то другой. Медицинские учреждения зачастую обращаются к членам семьи пациента за руководством. Члены вашей семьи могут рассказать о ваших, как они считают, пожеланиях касательно конкретного лечения. Назначая представителя, вы можете контролировать свое лечение, когда:

- разрешаете своему представителю принимать медицинские решения от вашего имени, как если бы вы решали самостоятельно;
- назначаете одного человека принимать медицинские решения, потому что вы считаете, что он максимально учтет ваши интересы;
- назначаете одного человека, чтобы избежать конфликтов или путаницы между вашими родными и/или близкими.

Кроме того, вы можете назначить альтернативного представителя, если человек, которого вы выбрали первым, не сможет принимать решения за вас.

Кто может быть представителем по медицинским вопросам?

Представителем по медицинским вопросам может быть любое лицо, достигшее 18-летнего возраста. Человек, которого вы назначаете своим представителем или альтернативным представителем, не может подписывать форму медицинской доверенности как свидетель.

Как назначить представителя по медицинским вопросам?

Все дееспособные лица, достигшие 18-летнего возраста, могут назначить своих представителей по медицинским вопросам, подписав форму медицинской доверенности. Для этого не нужен адвокат или нотариус, только два совершеннолетних свидетеля. Ваш представитель не может подписываться как свидетель. Вы можете, но не обязаны использовать представленную здесь форму.

Когда мой представитель по медицинским вопросам начнет принимать за меня решения о моем медицинском обслуживании?

Ваш представитель по медицинским вопросам начнет принимать решения о вашем медицинском обслуживании после того, как ваш врач установит, что вы не в состоянии принимать такие решения самостоятельно. Вы будете иметь право принимать решения о своем медицинском обслуживании, пока будете обладать такой способностью.

Какие решения может принимать мой представитель по медицинским вопросам?

Если вы не ограничите полномочия своего представителя по медицинским вопросам, он сможет принимать любые решения о вашем медицинском обслуживании, которые вы могли бы принять самостоятельно, если бы имели такую способность. Ваш представитель может дать согласие на ваше лечение, выбрать определенные виды лечения и распорядиться о том, что вам не нужно проводить лечения, в соответствии с вашими пожеланиями и интересами. Тем не менее, ваш представитель может принимать решения об искусственном питании и восполнении потери жидкости (подаче пищи и питья через зонд или капельницу), только если он знает ваши пожелания, которые вы выразили устно или письменно. Форма медицинской доверенности не уполномочивает вашего представителя принимать за вас решения, не связанные с медициной, например финансовые решения.

Зачем назначать представителя по медицинским вопросам, если я молод и здоров?

Назначение представителя по медицинским вопросам — правильный шаг, даже если вы еще не достигли преклонного возраста или не имеете неизлечимого заболевания. Представитель по медицинским вопросам может действовать от вашего имени, даже если вы временно утратите способность принимать медицинские решения самостоятельно (такое происходит, например, когда человек находится под наркозом или впадает в коматозное состояние в результате аварии). Когда вы восстановите свою способность принимать решения о медицинском обслуживании, ваш представитель по медицинским вопросам утратит свои полномочия.

Как мой представитель по медицинским вопросам будет принимать решения?

Ваш представитель должен следовать вашим пожеланиям, а также вашим моральным и религиозным убеждениям. Вы можете записать распоряжения в медицинской доверенности или просто обсудить их со своим представителем.

Как мой представитель по медицинским вопросам узнает мои пожелания?

Если вы открыто и откровенно обсудите свои пожелания со своим представителем по медицинским вопросам, это поможет ему лучше защищать ваши интересы. Если ваш представитель по медицинским вопросам не будет знать ваши пожелания или убеждения, он по закону обязан действовать с максимальным учетом ваших интересов. Поскольку назначая человека своим представителем по медицинским вопросам, вы возлагаете на него большую ответственность,

Часто задаваемые вопросы, *продолжение*

Вы должны обсудить с ним, какое лечение вы бы хотели или не хотели иметь при разных обстоятельствах, например:

- хотите ли вы, чтобы жизнеобеспечивающее лечение было начато/продолжено/отменено, если вы впадете в постоянную кому;
- хотите ли вы, чтобы определенные виды лечения были начаты/продолжены/отменены, если у вас разовьется неизлечимое заболевание;
- хотите ли вы, чтобы искусственное питание и восполнение потери жидкости было начато/не применялось или продолжено либо отменено, и при каких обстоятельствах.

Может ли мой представитель по медицинским вопросам отменить мои пожелания или предыдущие распоряжения касательно лечения?

Нет. Ваш представитель обязан принимать решения, исходя из ваших пожеланий. Если вы четко выразили особые пожелания или дали конкретные указания относительно лечения, ваш представитель обязан следовать этим пожеланиям или указаниям, если только у него нет достаточных оснований полагать, что ваши пожелания изменились или не соотносятся со сложившимися обстоятельствами.

Кто будет уделять внимание моему представителю?

Все больницы, дома с сестринским уходом, врачи и другие медицинские работники по закону обязаны предоставлять вашему медицинскому представителю такую же информацию, которую они предоставили бы вам, и выполнять решения вашего представителя по медицинским вопросам, как если бы они были приняты вами. Если больница или дом с сестринским уходом возражает против некоторых вариантов лечения (например, против исключения определенного вида лечения), они по возможности должны сказать об этом вам или вашему представителю ДО или после вашего поступления к ним.

Как быть, если представитель по медицинским вопросам недоступен, когда нужно принять решение?

Вы можете назначить альтернативного представителя, который будет решать за вас, если ваш основной представитель по медицинским вопросам недоступен, не может или не желает действовать, когда нужно принять решение. В противном случае медработники будут принимать решения о вашем медицинском обслуживании, исходя из указаний, которые вы дали, когда были в состоянии это сделать. В таком случае медработники будут руководствоваться всеми указаниями, которые вы включите в свою медицинскую доверенность.

Что будет, если я передумаю?

Вы можете без труда отменить любую свою медицинскую доверенность, сменить представителя по медицинским вопросам или внести поправки в любые указания или ограничения, которые вы включили в форму доверенности. Для этого просто заполните новую форму. Кроме того, вы можете указать, что ваша медицинская доверенность истекает в определенный день или при наступлении определенных событий. В противном случае медицинская доверенность будет действовать в течение неопределенного промежутка времени. Если своим основным или альтернативным представителем по медицинским вопросам вы назначите своего (-ю) супруга (-у), но впоследствии будет оформлен развод или раздельное проживание, назначение будет автоматически аннулировано. Однако если вы хотите, чтобы ваш(а) бывший (-ая) супруг(а) оставался (-ась) вашим представителем, вы можете указать это в настоящей форме и поставить соответствующую дату, либо заполнить новую форму, указав в ней своего (-ю) бывшего (-ую) супруга (-у).

Может ли мой представитель по медицинским вопросам нести юридическую ответственность за решения, принятые им от моего имени?

Нет. Ваш представитель по медицинским вопросам не будет нести ответственность за решения о вашем медицинском обслуживании, добросовестно принятые от вашего имени. Кроме того, он не может быть привлечен к ответственности за расходы на ваше медицинское обслуживание только потому, что он является вашим представителем.

Медицинская доверенность — это то же самое, что и завещание о жизни?

Нет. Завещание о жизни — это документ, который содержит особые указания касательно медицинских решений. Вы можете включить такие указания в свою медицинскую доверенность. Она позволяет назначить человека, которому вы доверяете, принимать решения о вашем медицинском обслуживании от вашего имени. В отличие от завещания о жизни, медицинская доверенность не требует, чтобы вы заранее знали все решения, необходимость принятия которых может возникнуть в будущем. Вместе с тем, ваш представитель по медицинским вопросам может интерпретировать ваши пожелания по мере изменения медицинских обстоятельств и принимать решения, о необходимости принятия которых вы могли не знать.

Где мне следует хранить свою медицинскую доверенность после ее подписания?

Предоставьте экземпляр своей медицинской доверенности своему представителю, врачу, адвокату и любым другим членам семьи или близким друзьям по своему выбору. Храните ее экземпляр в своем

бумажнике или кошельке или с другими важными документами, но не там, где ее никто не сможет достать, например, не храните доверенность в сейфе. Возьмите экземпляр своей доверенности в больницу, если вас госпитализируют, даже по поводу малого хирургического вмешательства, или если вам делают амбулаторную операцию.

Могу ли я использовать форму медицинской доверенности, чтобы выразить свои пожелания касательно донорства органов и/или тканей?

Да. Для этого заполните раздел медицинской доверенности, посвященный добровольному донорству органов и тканей, и обязательно пригласите удостоверить ваши пожелания двух свидетелей. Вы можете распорядиться о том, что ваши органы и/или ткани могут использоваться для трансплантации, в исследовательских или образовательных целях. Любые ограничения, касающиеся ваших пожеланий, необходимо указать в этом разделе медицинской доверенности. **Если вы не включите свои пожелания и указания в форму медицинской доверенности, это не будет расцениваться как ваш отказ от донорства органов и/или тканей.**

Может ли мой представитель по медицинским вопросам принимать за меня решения о донорстве органов и/или тканей?

Да. С 26 августа 2009 года представители пациентов по медицинским вопросам получили право после смерти пациентов принимать решения, но только те, которые касаются донорства органов и/или тканей. Ваш представитель по медицинским вопросам должен принимать такие решения в соответствии с вашими указаниями, оформленными в медицинской доверенности.

Кто может дать согласие на донорство, если я предпочту пока не выражать свои пожелания?

Обязательно расскажите о своих пожеланиях по поводу донорства органов и/или тканей своему представителю по медицинским вопросам, лицу, назначенному агентом по медицинским вопросам в случае вашей смерти, если применимо, и родным. Законодательство Нью-Йорка предусматривает перечень лиц, которые имеют право давать согласие на донорство органов и/или тканей от вашего имени. Эти лица перечислены в порядке приоритетности: представитель пациента по медицинским вопросам; агент по медицинским вопросам в случае вашей смерти; супруг(а) пациента, если не было оформлено раздельное проживание, или сожитель(ница) пациента; сын или дочь, достигшие 18-летнего возраста; один из родителей пациента; брат или сестра, достигшие 18-летнего возраста; или опекун, назначенный судом до смерти донора.

Инструкции по заполнению формы медицинской доверенности

Пункт (1)

Укажите имя и фамилию, домашний адрес и номер телефона лица, которое вы назначаете своим представителем.

Пункт (2)

Если вы хотите назначить альтернативного представителя, укажите имя и фамилию, домашний адрес и номер телефона лица, которое вы назначаете своим альтернативным представителем.

Пункт (3)

Ваша медицинская доверенность будет действовать бессрочно, если вы не укажете в ней дату истечения срока ее действия или условие ее прекращения. Настоящий раздел является необязательным и заполняется только в том случае, если вы желаете ограничить срок действия своей медицинской доверенности.

Пункт (4)

Если у вас есть особые указания для своего представителя, перечислите их здесь. Кроме того, если вы хотите ограничить полномочия своего представителя, вы можете указать это здесь или обсудить эти ограничения со своим представителем по медицинским вопросам. Если вы не укажете здесь никаких ограничений, ваш представитель будет иметь право принимать все решения, касающиеся медицинского обслуживания, от вашего имени, включая решение о согласии или отказе от жизнеобеспечивающего лечения.

Если вы хотите предоставить своему представителю широкие полномочия, вы можете указать это в данной форме. Просто напишите: *Я обсудил(а) свои пожелания со своим представителем по медицинским вопросам и альтернативным представителем, и им известны мои пожелания, в т. ч. касающиеся искусственного питания и восполнения потери жидкости моего организма.*

Если вы хотите дать более конкретные указания, вы можете сформулировать их следующим образом:

Если у меня будет неизлечимое заболевание, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения...

Если я буду находиться в состоянии комы или в полубессознательном состоянии без надежды на выздоровление, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения: ...

Если у меня будет поврежден мозг или я буду страдать заболеванием мозга, которое лишит меня способности узнавать людей или говорить, и если не будет никакой надежды на улучшение моего состояния, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения: ...

Я обсудил(а) со своим представителем свои пожелания относительно_____и хочу, чтобы мой представитель принимал все решения о применении этих мер.

Ниже перечислены примеры медицинских процедур, о которых вы можете дать специальные указания своему представителю. Данный список не является исчерпывающим:

- искусственное дыхание;
- искусственное питание и восполнение потери жидкости организма (подача пищи и питья через питательную трубку);
- сердечно-легочная реанимация (СЛР);
- применение антипсихотических препаратов;
- электрошоковая терапия;
- применение антибиотиков;
- хирургические процедуры;
- диализ;
- трансплантация;
- переливание крови;
- аборт;
- стерилизация...

Пункт (5)

Вы должны проставить дату и подписать настоящую форму медицинской доверенности. Если вы не в состоянии подписать ее самостоятельно, вы можете поручить другому лицу поставить за вас подпись в вашем присутствии. Не забудьте указать свой адрес.

Пункт (6)

В данной форме вы можете указать свои пожелания или распоряжения относительно донорства органов и/или тканей. Законодательство штата Нью-Йорк предусматривает порядок приоритетности при предоставлении некоторыми лицами согласия на донорство органов и/или тканей от имени пациента: представитель пациента по медицинским вопросам; агент по медицинским вопросам покойного пациента; супруг(а) пациента, если не было оформлено раздельное проживание, или сожитель(ница) пациента; сын или дочь, достигшие 18-летнего возраста; один из родителей пациента; брат или сестра, достигшие 18-летнего возраста; или опекун, назначенный судом до смерти донора.

Пункт (7)

Настоящая форма медицинской доверенности должна быть подписана двумя свидетелями, достигшими 18-летнего возраста. Лицо, назначенное вашим представителем или альтернативным представителем, не может подписывать документ в качестве свидетеля.

Медицинская доверенность

(1) **Я,** _____

настоящим назначаю _____
(имя и фамилия, домашний адрес и номер телефона)

_____

_____

своим представителем по медицинским вопросам для принятия всех без исключения решений о медицинском обслуживании от моего имени, если я не распоряжусь иначе. Настоящая доверенность вступает в силу только тогда, когда я утрачу способность самостоятельно принимать решения о своем медицинском обслуживании.

(2) **Необязательно: альтернативный представитель**
Если лицо, которое я назначаю, не готово или не в состоянии выступать в качестве моего представителя по медицинским вопросам, я настоящим

назначаю _____
(имя и фамилия, домашний адрес и номер телефона)

_____

_____

своим представителем по медицинским вопросам для принятия всех без исключения решений о медицинском обслуживании от моего имени, если я не распоряжусь иначе.

(3) Если я не аннулирую настоящую доверенность или не укажу дату истечения ее срока действия или условия, при которых он истекает, настоящая доверенность остается в силе бессрочно. *(Необязательно: если вы хотите, чтобы настоящая доверенность оставалась в силе ограниченный промежуток времени, укажите здесь дату или условия истечения срока ее действия.)* Настоящая доверенность истекает *(укажите дату или условия)*: _____

_____

_____

(4) **Необязательно:** я поручаю своему представителю по медицинским вопросам принимать решения о медицинском обслуживании в соответствии с моими пожеланиями и ограничениями, согласно имеющейся у него информации или указанному ниже. *(Если вы хотите ограничить полномочия своего представителя по медицинским вопросам для принятия решений о вашем медицинском обслуживании или дать конкретные указания, вы можете сформулировать свои пожелания или ограничения здесь.)* Я поручаю своему представителю по медицинским вопросам принимать решения о моем медицинском обслуживании в соответствии со следующими ограничениями и/или *распоряжениями (если нужно, приложите дополнительные страницы)*: _____

_____

_____

Для того чтобы ваш представитель мог принимать за вас решения о вашем медицинском обслуживании относительно искусственного питания и восполнения потери жидкости *(подачи пищи и питья через питательную трубку или капельницу)*, он должен быть хорошо осведомлен о ваших пожеланиях. Вы можете сообщить их своему представителю устно или включить в данный раздел. См. примерные формулировки, которые вы можете использовать, если решите включить свои предпочтения в настоящую форму, включая пожелания относительно искусственного питания и восполнения потери жидкости.

(5) Ваши личные данные *(печатными буквами)*

Ваши имя и фамилия _____

Ваша подпись _____ Дата _____

Ваш адрес _____

(6) Необязательно: донорство органов и/или тканей

Настоящим завещаю свое тело для научных исследований после моей смерти: (отметить все соответствующие пункты)

☐ любые необходимые органы и/или ткани

☐ следующие органы и/или ткани _____

_____

☐ ограничения _____

Если вы не укажете в данной форме свои пожелания или указания относительно донорства органов и/или тканей, это не будет означать, что вы не хотите стать донором, и не помешает лицу, которое на иных основаниях имеет соответствующие законные полномочия, дать согласие на донорство от вашего имени.

Ваша подпись _____ Дата _____

(7) Заявление свидетелей *(Свидетели должны быть не младше 18 лет и не могут являться представителями или альтернативными представителями пациента по медицинским вопросам).*

Настоящим заявляю, что я лично знаю лицо, подписавшее данный документ, что оно находится в здравом уме и действует добровольно. Данное лицо подписало (или поручило другому лицу подписать вместо себя) настоящий документ в моем присутствии.

Дата _____ Дата _____

Имя и фамилия свидетеля № 1
(печатными буквами) _____

Имя и фамилия свидетеля № 2
(печатными буквами) _____

Подпись _____ Подпись _____

Адрес _____ Адрес _____

_____ _____

NEW YORK STATE | Department of Health