

MASSACHUSETTS HEALTH CARE PROXY
ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΑΣΣΑΧΟΥΣΕΤΗΣ
Πληροφορίες, Οδηγίες, και Έγγραφο

Τί επιτρέπει ο Νόμος Εξουσιοδότησης Ιατρικής Περίθαλψης;

Η Εξουσιοδότηση Ιατρικής Περίθαλψης είναι ένα απλό νομικό έγγραφο που σας επιτρέπει να ονομάσετε κάποιον που γνωρίζετε και εμπιστεύεστε να πάρει αποφάσεις ιατρικής περίθαλψης για σας, αν για οποιονδήποτε λόγο ή οποιαδήποτε στιγμή δεν είστε ικανός/ή να πάρετε ή να επικοινωνήσετε αυτές τις αποφάσεις. Είναι ένα σημαντικό έγγραφο, επειδή αφορά όχι μόνο τις αποφάσεις που θα πάρετε σχετικά με την ιατρική σας περίθαλψη, αλλά και τη σχέση σας με τον ιατρό σας, την οικογένεια σας, και άλλους που μπορεί να σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη. Διαβάστε αυτό το έγγραφο και ακολουθείστε τις οδηγίες έτσι ώστε να τιμηθούν οι επιθυμίες σας.

Σύμφωνα με το Νόμο Εξουσιοδότησης Ιατρικής Περίθαλψης (Γενικοί Νόμοι Μασαχουσέτης, Κεφάλαιο 201D), κάθε ικανός ενήλικας 18 ετών και άνω μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτό το έγγραφο για να διορίσει έναν Αντιπρόσωπο. Εσείς (ονομαζόμενος «Εντολέας») μπορείτε να διορίσετε οποιονδήποτε ενήλικα ΕΚΤΟΣ από τον διευθυντή, τον διαχειριστή, ή υπάλληλο ιατρικής εγκατάστασης όπως νοσοκομείο ή γηροκομείο όπου ζείτε ΕΚΤΟΣ αν έχετε με το άτομο αυτό δεσμούς αίματος, γάμου, ή υιοθεσίας. Είτε μένετε στην Μασαχουσέτη είτε όχι, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αυτό το έγγραφο αν λαμβάνετε ιατρική περίθαλψη στη Μασαχουσέτη.

Τί μπορεί να κάνει ο Αντιπρόσωπός μου?

Ο Αντιπρόσωπό σας θα πάρει αποφάσεις που αφορούν την υγεία σας μόνο αν εσείς για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορείτε. Αυτό σημαίνει ότι ο Αντιπρόσωπος σας μπορεί να ενεργήσει εκ μέρους σας αν εσείς χάσετε προσωρινά τις αισθήσεις σας, αν βρίσκεστε σε κώμα, ή αν έχετε κάποια άλλη κατάσταση που δεν σας επιτρέπει να πάρετε ή να επικοινωνήσετε αποφάσεις σχετικές με την υγεία σας. Ο Αντιπρόσωπος δεν μπορεί να ενεργήσει για σας αν δεν υπάρξει γραπτή βεβαίωση από τον γιατρό σας ότι δεν μπορείτε να πάρετε αποφάσεις που αφορούν την ιατρική σας περίθαλψη. Ο γιατρός σας θα σας προειδοποιήσει όταν γίνει κάτι τέτοιο αν υπάρχει ένδειξη ότι μπορείτε να κατανοήσετε.

Ενεργώντας με την εξουσιοδότηση σας, ο Αντιπρόσωπος μπορεί να πάρει κάθε απόφαση ιατρικής περίθαλψης που εσείς θα παίρνατε, αν μπορούσατε. Αν δώσετε στον Αντιπρόσωπο σας πλήρη εξουσιοδότηση, αυτός/ή μπορεί να δεχτεί ή να αρνηθεί ιατρική αγωγή, περιλαμβάνοντας αγωγή που θα σας κρατήσει στη ζωή.

Ο Αντιπρόσωπος θα πάρει αποφάσεις για σας μόνο αφού μιλήσει με τον γιατρό σας και αφού σκεφτεί όλες τις επιλογές σχετικά με την διάγνωση, πρόγνωση, και αγωγή της ασθένειάς σας ή της κατάστασής σας. Ο Αντιπρόσωπος έχει το νόμιμο δικαίωμα να λάβει κάθε πληροφορία, περιλαμβάνοντας απόρρητη ιατρική πληροφορία, για να πάρει την κατάλληλη απόφαση για σας.

Ο Αντιπρόσωπος θα πάρει αποφάσεις ιατρικής περίθαλψης για σας σύμφωνα με τις επιθυμίες σας ή σύμφωνα με την εκτίμηση των δικών σας επιθυμιών, συμπεριλαμβάνοντας θρησκευτικές ή ηθικές πεποιθήσεις. Αν θέλετε, μπορείτε πρώτα να μιλήσετε με τον γιατρό σας, τον πνευματικό σας, ή άλλους, πριν δώσετε οδηγίες στον Αντιπρόσωπό σας. Είναι πολύ σημαντικό να μιλήσετε με τον Αντιπρόσωπό σας έτσι ώστε να ξέρει τι είναι σημαντικό για σας. Αν ο Αντιπρόσωπό σας δεν ξέρει ποιες είναι οι επιθυμίες σας για μια συγκεκριμένη κατάσταση, ο Αντιπρόσωπό σας θα αποφασίσει σύμφωνα με ότι εκείνος/η νομίζει ότι θα είναι καλύτερο για σας. Αφού ο γιατρός σας αποφασίσει ότι δεν μπορείτε να πάρετε αποφάσεις για την ιατρική σας περίθαλψη, και εσείς δεν συμφωνείτε με την απόφαση του Αντιπροσώπου σας, η δική σας απόφαση θα τιμηθεί εκτός αν το Δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν έχετε την ικανότητα να πάρετε αποφάσεις ιατρικής περίθαλψης.

Οι αποφάσεις του Αντιπροσώπου σας θα έχουν την ίδια βαρύτητα με τις δικές σας, αν είχατε την ικανότητα να τις πάρετε, και θα προτιμηθούν έναντι αποφάσεις άλλων ατόμων, εκτός από κάποιο περιορισμό που θα βάλατε εσείς, ή εκτός αν Διαταγή Δικαστηρίου συγκεκριμένα παρακάμπτει την Εξουσιοδότηση.

Πώς συμπληρώνω αυτό το έντυπο?

① Στην πρώτη γραμμή του εντύπου γράψτε καθαρά το όνομα σας και την διεύθυνση σας. Γράψτε το όνομα, διεύθυνση, και αριθμό τηλεφώνου του ατόμου που θέλετε να ορίσετε ως Αντιπρόσωπο Ιατρικής Περίθαλψης. **(Προαιρετικό:** αν νομίζετε ότι ο Αντιπρόσωπός σας δεν θα είναι διαθέσιμος στο μέλλον, μπορείτε να διορίσετε ένα δεύτερο άτομο ως Αναπληρωτή Αντιπρόσωπο. Ο Αναπληρωτής Αντιπρόσωπος θα ειδοποιηθεί αν ο Αντιπρόσωπός σας δεν θέλει ή δεν μπορεί να εξυπηρετήσει.

② Βάζοντας όρια ή περιορισμούς στην εξουσιοδότηση του Αντιπροσώπου σας μπορεί να δυσκολέψει τον Αντιπρόσωπο να ενεργήσει για σας σε μια απρόσμενη στιγμή. Αν θέλετε να έχει ο Αντιπρόσωπος πλήρη εξουσιοδότηση, αφήστε τη γραμμή των περιορισμών κενή. Αν θέλετε, όμως, να περιορίσετε τις αποφάσεις που ο Αντιπρόσωπος ή ο Αναπληρωτής Αντιπρόσωπος μπορεί να κάνει για εσάς τότε συμπεριλάβετε τους περιορισμούς στην ανάλογη γραμμή.

③ **ΠΡΙΝ** υπογράψετε. Βεβαιωθείτε ότι έχετε δύο ενήλικες παρόν που θα είναι μάρτυρες και θα σας δουν να υπογράφετε το έγγραφο. Τα μόνα άτομα που δεν μπορούν να είναι μάρτυρες είναι ο Αντιπρόσωπος και ο Αναπληρωτής Αντιπρόσωπος. Στη συνέχεια υπογράφει και χρονολογεί στον εαυτό σας το έγγραφο. (Αν δεν μπορείτε να υπογράψετε λόγω αναπηρίας, μπορεί κάποιος άλλος να υπογράψει για σας μπροστά σας. Το άτομο που θα υπογράψει για σας θα πρέπει να γράψει το όνομα του/της και την διεύθυνσή του/της στη γραμμή που παρέχεται.)

④ Οι μάρτυρες πρέπει να γράψουν την ημερομηνία, να γράψουν τα ονόματα και τις διευθύνσεις τους και να υπογράψουν.

⑤ **ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ:** Στο πίσω μέρος του εντύπου υπάρχουν οι δηλώσεις που υπογράφονται από τον Αντιπρόσωπο και τον Αναπληρωτή Αντιπρόσωπο. Αυτό δεν είναι υποχρεωτικό από το νόμο, αλλά προτείνεται να γίνει έτσι ώστε να βεβαιωθείτε ότι μιλήσατε με το άτομο ή τα άτομα που μπορεί να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για την ιατρική σας περίθαλψη και ότι καθένας από αυτούς συνειδητοποιεί την ευθύνη των αποφάσεων τους.

Ποιός πρέπει να έχει το πρωτότυπο και τα αντίγραφα;

Αφού συμπληρώσετε το έντυπο, αφαιρέστε αυτή την σελίδα των πληροφοριών και κάνετε τουλάχιστον τέσσερα αντίγραφα του εγγράφου. Κρατήστε το αντίγραφο εσείς, σε μέρος που μπορεί εύκολα να βρεθεί (όχι σε χρηματοκιβώτιο). Δώστε αντίγραφα στον γιατρό σας ή στο πρόγραμμα υγείας σας για να μουν στο ιατρικό αρχείο. Δώστε αντίγραφα στον Αντιπρόσωπο και τον Αναπληρωτή Αντιπρόσωπο. Μπορείτε να δώσετε επιπλέον αντίγραφα στα μέλη της οικογένειάς σας, τον ιερέα ή τον δικηγόρο, και κάθε άλλο άτομο που μπορεί να σχετίζεται με τις αποφάσεις της ιατρικής σας περίθαλψης.

Πώς μπορώ να ανακλείσω ή να ακυρώσω το έγγραφο;

Η Εξουσιοδότηση Ιατρικής Περίθαλψης μπορεί να ανακληθεί αν συμβεί ένα από τα παρακάτω τέσσερα περιστατικά:

- (1) Υπογράψετε άλλη Εξουσιοδότηση Ιατρικής Περίθαλψης αργότερα.
- (2) Χωρίσετε νόμιμα με τον/την σύζυγό σας που έχει διοριστεί στην Εξουσιοδότηση ως Αντιπρόσωπός σας.
- (3) Ειδοποιήσετε τον γιατρό σας προφορικά ή γραπτώς ότι θέλετε την ακύρωση της Εξουσιοδότησης Ιατρικής Περίθαλψης.
- (4) Κάνετε οτιδήποτε δείχνει πως θέλετε να ακυρώσετε την Εξουσιοδότηση, για παράδειγμα, την σκίζετε ή την καταστρέφεται, την διαγράφεται, το λέτε σε άλλους κ.τ.λ.

ΑΦΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΕΓΓΡΑΦΟ, ΑΦΑΙΡΕΣΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΕΛΙΔΑ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ. ΜΙΛΗΣΤΕ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟ ΣΑΣ!