



"Комплексен онкологичен център - Шумен" ЕООД

гр. Шумен 9700, ул. Васил Априлов № 63, тел. 054 /800 832, e-mail: office@oncocenter.org, www.oncocenter.org

000.123.1

ДОКУМЕНТ №1В

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

### ПРЕДВАРИТЕЛНО РЕШЕНИЕ

Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи, воля за живот и други желания

Аз, .....

Пиша този документ като решение, касаещо моите здравни грижи

Поставете инициалите на Вашето име до изборите, които желаете:

#### Част 1. Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи

Докато аз мога да съобщавам желанията си, моите лекари ще говорят с мен и аз ще взимам решенията за моите здравни грижи.

..... Ако дойде време, когато аз не мога да взимам решения за здравни грижи за мен самия/самата, аз определям това пълнолетно лице да взима тези решения вместо мен:

.....  
трите имена

.....  
домашен телефон

.....  
служебен телефон

.....  
адрес

e-mail: .....

Ако горепосоченото лице не може или няма право да взима решения вместо мен, аз определям второ лице:

.....  
трите имена

.....  
домашен телефон

.....  
служебен телефон

.....  
адрес

e-mail: .....

Разбирам, че ако аз не направя дълготрайно пълномощно за здравни грижи, някой може да - бъде определен да взима решения за моите здравни грижи чрез закона или чрез съда.

Аз желая лицето, което съм определил/а, моите лекари, моето семейство и околните да бъдат ръководени от моите желания, описани на следващите страници.

#### Част 2. Моята воля за живот

**А.** Използвайте тази страница, за да помогнете на човека, когото сте назовали в Част 1, да взима решения вместо Вас, според това какви са Вашите разбирания по отношение на определени медицински състояния. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.

Като цяло, това трябва да бъдат целите на грижите за мен, ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или ако съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрене:

Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрене, **и аз не съм в състояние да разпознавам и говоря с моето семейство/приятели, това са моите желания:**

Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрене, **и аз не съм в състояние да живея самостоятелно и трябва да живея в институция (лечебно заведение), това са моите желания:**

Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрене, **и аз трябва да прекарам на легло остатъка от живота си, това са моите желания:**

Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрене, **и аз не съм в състояние да се грижа за себе си (обличане, къпане и т.н.), това са моите желания:**

Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрене, **и аз не мога да ям през устата, и храната и водата трябва да ми бъдат давани чрез сонда, това са моите желания:**

Б. Използвайте тази страница, за да опишете видовете лечения, които могат да бъдат предложени, ако сте в състояние в последния етап, в терминално състояние, или в непроменливо вегетативно състояние, за да помогнете на човека, когото сте назовавали в Част 1 и който ще взема решения вместо Вас. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.



/Поставете инициалите на Вашето име до Вашите избори /

**Избори за лечение:**

.....Не желая да започва животоподдържащо лечение. Ако е започнат някакъв вид такова лечение, желая то да бъде спряно.

(Специални бележки):

.....Желая да бъде започнато временно животоподдържащо лечение; ако не покажа признаци на възстановяване, искам то да бъде спряно.

(Специални бележки):

.....Други желания относно животоподдържащите видове лечение, включващи диализа или други основни медицински лечения:

**Искуствено хранене и хидратиране (като хранене със сонда):**

.....Аз не желая да бъда хранен/а със сонда, ако това ще бъде основното лечение, което ме поддържа жив/а. Ако ми бъде сложена сонда за хранене, искам тя да бъде махната.

(Специални бележки):

.....Искам да ми бъде поставена сонда за хранене временно; ако не покажа признаци на възстановяване, тогава искам тя да бъде махната.

(Специални бележки):

.....Искам изкуствено хранене и хидратиране, дори ако то е основното лечение, което ме поддържа жив/а.

(Специални бележки):

Други желания, отнасящи се до изкуственото хранене и хидратиране:

**В. Други насоки**

Вие имате правото да участвате във всички решения относно Вашите здравни грижи, дори и относно тези, които не са свързани със състоянието в последния етап, терминалното състояние или непроменливото вегетативно състояние. Ако Вие имате желания, които не са посочени в другите части на този документ, моля, посочете ги тук:

.....

.....

.....

**Част 3. Други желания**  
**Аутопсия**

..... Не желая аутопсия.

..... Съгласен/съгласна съм на аутопсия, ако лекарите ми я искат.

..... Други желания:

**Част 4. Подписи**

Вие трябва да подпишете този документ. Двама души, които не са Ваши роднини, трябва да подпишат като свидетели. Този документ не е необходимо да бъде заверен от нотариус. Дори ако не можете да намерите свидетели, Вие трябва да подпишете това и да го дадете на Вашия лекар като посочване на Вашите желания.

**А. Вашият подпис**

С долупоставения подпис показвам, че разбирам целта и последствията от този документ.

Подпис: ..... Дата: .....

Адрес: .....

**Б. Подписите на Вашите свидетели**

Вярвам, че лицето, което е подписало това предварително решение, е със здрав разум, че е писало или удостоверило това предварително решение в мое присъствие и че той/тя не го прави под натиск, под принуда, под заплаха или незаконно въздействие. Аз не съм свързан/а с лицето което прави това предварително решение чрез кръвна връзка, брак или осиновяване и, доколкото знам, не съм споменат/а в неговото/нейното завещание. Аз не съм лицето, посочено в това предварително решение. Аз не съм лице, предлагащо здравни грижи или пък служител на лице, предлагащо здравни грижи, което сега или в миналото е било отговорно за грижите за лицето, правещо това предварително решение. Аз съм на възраст над 18 г.

**Свидетел 1:**

Подпис: ..... Дата: .....

Адрес: .....

**Свидетел 2:**

Подпис: ..... Дата: .....

Адрес: .....