



Napredno planiranje njege

Prenošenje vaših želja za zdravstvenu zaštitu

SANFORD[®]
HEALTH

Bemidji

Program unaprijednog planiranja nege

Telefon: (218) 333-6060

e-pošta: acp.bemidji@sanfordhealth.org

Bismarck

Program unaprijednog planiranja nege

Telefon: (701) 323-1ACP (1227)

e-pošta: acp.bismarck@sanfordhealth.org

Fargo

Program unaprijednog planiranja nege

Telefon: (701) 234-6966

e-pošta: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

Sioux Falls

DeGroot Center

Telefon: (605) 312-3520

e-pošta: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

Sadržaj

Počinjemo	4
Odaberite zdravstvenog agenta.....	5
Poruka za mog zdravstvenog agenta.....	6
Razmislite šta znači dobro živjeti.....	7
Saznajte više o mogućim medicinskim tretmanima.....	8
Moj plan unaprijed zbrinjavanja.....	1 od 10 do 10 od 10
Nakon završetka Plana unaprijed zbrinjavanja.....	10 od 10

Počinjemo

Zašto je važan plan unaprijed zbrinjavanja?

Planiranje unaprijed njege je proces odlučivanja o vašoj budućoj zdravstvenoj zaštiti. To osigurava da će se vaše želje ispuniti ako ne možete govoriti u svoje ime. Imati i unaprijediti direktivu može pomoći vama i vašoj porodici da budete spremni u slučaju teške bolesti ili povrede.

Svi stariji od 18 godina bi trebali imati unaprijed planirani plan nege.

Zašto mi je potreban unapredni plan nege?

Razmislite o ovoj situaciji: Iznenadno se razbolite ili povrijedite. Dobivate sve medicinske tretmane potrebne da biste ostali živi. Ali, vaši doktori vjeruju da je mala ili nikakva šansa da ćete moći znati ko ste ili poznavati ljude oko sebe.

- Ko će umjesto vas donositi vaše odluke?
- Šta želite da budu ciljevi vaše brige?
- Koje vrste tretmana želite da nastavite ili da prekinete?
- Kako možete pomoći svojim najmilijima da donesu ove odluke?
- Jeste li zabrinuti zbog troškova uzaludnih medicinskih tretmana?

Takva situacija može nastati u bilo kojoj dobi zbog ozljede mozga uslijed nesreće, moždanog udara ili sporo napredujuće bolesti poput Alchajmerove bolesti. Vaši voljeni mogu biti uplašeni, preplavljeni i zbunjeni oko vaših želja.

Kada planirate unaprijed, ljudi mogu davati izjave koje nisu baš jasne i ne daju dovoljno informacija za usmjeravanje donošenja odluka o vašoj zdravstvenoj zaštiti. To može uključivati komentare poput:

- "Ako ću biti povrće, pusti me."
- "Bez herojstva."
- "Učinite sve što je moguće da me održite u životu."

Planiranje unaprijed njege je različito za svakoga. Na primjer, šta za vas znači biti "povrće"? Ili, šta za vas znači "herojska" medicinska njega? Ili koliko dugo treba raditi "sve što je moguće"? Jasno izrazite svoje želje važno je za one koji će umjesto vas donositi odluke.

Ako želite pomoć da jasno navedete svoje želje, obratite se svom ljekaru radi konsultacija ili zakažite termin sa obučanim Facilitatorom za unaprijed planiranje negeu vašem području.

Planiranje unaprijed nege može smanjiti vašu patnju i donijeti mir vama i onima koji možda donose vaše odluke.

Odaberite zdravstvenog agenta

Odabir vašeg zdravstvenog agenta ili donosioca odluka je vrlo važan korak. Ova osoba ne mora biti ista osoba kao bilo tko povezan s pitanjima vaših finansija ili imovine. Dužnost vašeg zdravstvenog agenta je da se pobrine da se vaše želje zdravstvene zaštite poštuju.

- Ako vaše želje nisu poznate, vaš agent će pokušati da odluči šta želite.
- Odabir vašeg agenta za vas bit će poštovan prije nego što bilo ko drugi želi za vas.
- Vaš agent će umjesto vas donositi odluke o zdravstvenoj zaštiti samo ako ne možete sami donositi odluke.

Napomena: Zakonski zahtjevi za agente zdravstvene zaštite mogu se razlikovati od države do države. Za pojedinosti pogledajte uključeni dokument o planu unaprijed nege.

Savjeti za odabir agenta

Vaš zdravstveni agent bi trebao:

- Biti neko kome verujete
- Dobro upoznaje vaše želje
- Govoriti u vaše ime kada ne možete govoriti
- Poštujtovati vaše želje

Odaberite alternativnog agenta

Dobra je ideja odabrati drugu osobu za agenta u slučaju da vaš prvi izbor nije dostupan kada je to potrebno. Nakon što odaberete agenta, zamolite svog agenta da pročita ili fotokopira pismo na sljedećoj stranici kako bi agentu dao više informacija o odgovornosti agenta.

Za one koji žive u Sjevernoj Dakoti

U ND, vaš agent se mora složiti **pismeno** da bude vaš agent. Vaši agenti će morati da potpišu unaprijed plan nege na stranici 9 od 10.

Koristite ovaj prostor da navedete moguće agente, njihove adrese i brojeve telefona prije nego što popunite pravni obrazac.

Poruka za mog zdravstvenog agenta

Odabrao sam te da budeš moj zdravstveni agent. Zdravstveni agent je osoba koja poznaje moje želje za liječenjem i voljna je da ih izvrši nakon što jedan ili više ljekara odluče da ne mogu sama donositi odluke. Moraćete da naučite šta mi je važno. Morat ću razgovarati s tobom o svojim izborima. Planiram da zapišem svoje odluke o svojoj njezi u unaprijed planu nege. Daću vam kopiju plana.

Hvala ti što si moj agent.

Šta možete učiniti

Ograničenja o tome šta agent može, a šta ne može da radi razlikuju se u zavisnosti od države. Zajedno ćemo provjeriti moje državne zakone. U većini država, kao moj agent, možete:

- Odabrati ili odbiti životno održavanje i drugi medicinski tretman za mene.
- Pristati na liječenje, a zatim prekinuti liječenje ako se moje stanje ne poboljša.
- Pristupite i objavite moju medicinsku dokumentaciju.
- Premjestite me u drugi centar za njegu i izaberite mog ljekara.
- Zatražite obdukciju i donirajte moje organe, osim ako nisam drugačije naveo u svom planu njege unaprijed.

To što ste moj zdravstveni agent ne daje vam kontrolu nad mojim novcem ili odgovornost za moje račune.

Pitanja koja treba sebi postaviti

- Da li sam spreman da preuzmem ovu ulogu i odgovornost?
- Da li znam želje osobe za buduću zdravstvenu zaštitu?
- Mogu li donijeti odluke koje bi osoba željela da donesem, čak i ako se moji stavovi razlikuju?
- Mogu li donijeti važne odluke o zdravstvenoj zaštiti u stresnim situacijama?

Ako na bilo koje od ovih pitanja odgovorite sa "Ne", razgovarajte sa mnom o svojoj zabrinutosti.

Ako vam nije ugodno biti moj agent

Možemo razgovarati o vašim osjećajima i zabrinutostima. Što više informacija imate, to ćete se osjećati sigurnije u donošenju odluka za mene. Možda postoje načini da vam pomognem da se osjećate ugodnije u donošenju odluka umjesto mene.

- Možda želite da dođete sa mnom na pregled kod doktora. Moći ćete postavljati pitanja o mom zdravstvenom stanju i zdravstvenim izborima koji se mogu pojaviti.
- Pregledajte moj plan njege unaprijed. Uvjerite se da sam jasno iznio svoje želje.
- Možda ćete htjeti posjetiti obučene profesionalce koji pomažu ljudima da donesu zdravstvene odluke. Oni uključuju fasilitatore za planiranje njege unaprijed, socijalne radnike, voditelje slučajeva i vjerske i duhovne vođe.

Razmislite šta za vas znači dobro živjeti

Sakupite svoje misli koristeći ovaj **opcion**i radni list. Razmotrite svoju buduću zdravstvenu zaštitu i vrijednosti prije nego što ispunite obrazac za plan unaprijed.

Razmislite o svojim uvjerenjima i vrijednostima

1. Da ste imali stvarno dobar dan, šta bi se dogodilo tog dana? S kim bi razgovarao? Šta bi ti uradio?

2. Šta vam pomaže da se suočite sa ozbiljnim izazovima u životu?

3. Kakvu ulogu religija, vjera ili duhovnost igraju u tome kako živite svoj život?

4. Ako imate značajnih zdravstvenih problema, koji su to i čega se bojite u budućnosti?

5. S obzirom na buduće medicinske tretmane, šta ne biste željeli da vam se dogodi?

6. Kako trošak utiče na vaše odluke o medicinskoj njezi?

7. Kada biste željeli da se ciljevi medicinskog tretmana prebace sa pokušaja produženja života na fokusiranje na udobnost? Opišite ove okolnosti što je detaljnije moguće.

8. Šta bi za vas bila "prirodna smrt"?

Saznajte više o mogućim medicinskim tretmanima

Slijede medicinski tretmani koji se mogu koristiti za spašavanje ili produženje vašeg života. Svaki od ovih tretmana može biti uspješan ako se koristi kao most ka vašem oporavku. Kada se bližite kraju svog života, njihovo korištenje moglo bi uzrokovati da patite bez nade da ćete povratiti sposobnost da znate ko ste ili s kim ste.

CPR (KPR - kardiopulmonalna reanimacija)

CPR (KPR) se odnosi na metode koje se koriste za pokušaj ponovnog pokretanja srca i pluća ako prestanu raditi.

- **CPR (KPR)** se koristi za pokušaj ponovnog pokretanja vašeg srca ako prestane kucati. Uključuje pritisak na grudi i disanje na usta.
- **Intubacija** se koristi ako ne možete da dišete. Cjevčica se stavlja kroz usta ili nos u dušnik. Cev se može pričvrstiti na aparat za disanje (ventilator). Mašina pumpa vazduh kroz cev u pluća.
- **Električni udari (defibrilacija)** može se koristiti za slanje kratkih šokova u vaše srce kroz male jastučice na vašim grudima. Može vam pomoći da vratite svoj srčani ritam u normalu.
- **Lijekovi** mogu se koristiti za ponovno pokretanje vašeg srca

Koji je vjerojatni ishod CPR (KPR-a)?

CPR (KPR) može spasiti živote, ali je stopa uspjeha niska. Vaše godine, zdravlje i bolest mogu uticati na ishod. Kada se započne CPR (KPR) kod starijih, slabijih ljudi u staračkim domovima, otprilike 1 od 30 preživi. CPR (KPR) radi najbolje ako ste uglavnom dobrog zdravlja i brzo se započne. Kada se započne u bolnici, oko 1 od 5 preživi. Čak i ako preživite, tokom CPR (KPR-a) se mogu pojaviti komplikacije koje mogu uzrokovati više zdravstvenih problema. Zdravstvena njega nakon CPR (KPR-a) može uključivati njegu u jedinici intenzivne nege za:

- Ventilator koji podržava disanje
- Oštećenje rebara
- Moguće oštećenje mozga zbog nedostatka kiseonika

Kako da iznesem svoju odluku o CPR (KPR-a)?

U bolnici, vaš doktor i drugi zdravstveni radnici će uraditi CPR (KPR) kada je to potrebno, osim ako im ne kažete da to ne rade ili ako vaše želje ne budu zapisane u planu njege unaprijed. Ako odlučite da nemate CPR (KPR), a **Ne reanimirajte (DNR)** nalog piše lekar. Ova naredba poručuje zdravstvenim radnicima da ne rade CPR (KPR) ako vaše srce i pluća prestanu da rade. Ovu odluku možete promijeniti bilo kada.

Šta ako ne želim CPR (KPR)?

Vaše srce će prestati da kuca i imaćete prirodnu smrt. Može vam biti udobno.

Ventilatori ili BiPap

Ventilator se može koristiti od nekoliko sati do nekoliko mjeseci ili godina.

- **Ventilator** je mašina koja pomaže osobi da diše. Mašina je spojena na cijev koja prolazi kroz nos ili usta i ulazi u dušnik. Gura zrak u vaša pluća ako ste preslabi da biste sami disali.
- **BiPap** (dvostepeni pozitivan pritisak u disajnim putevima) gura vazduh u vaša pluća kroz masku za lice koja čvrsto pristaje na usta i nos.

Moguća zabrinutost zbog ventilatora ili BiPap

- Možda ćete morati da budete zbrinuti u jedinici intenzivne nege (ICU).
- Možda će vam trebati lijek da biste bili pospani ili zaspali.
- Ne možete govoriti niti gutati kada je cijev ventilatora u vašem dušniku.
- Ventilator možda neće dobro raditi ako se vaše tijelo isključuje zbog dugotrajnih zdravstvenih problema.
- Za dugotrajnu upotrebu, cijev za disanje se može staviti u otvor napravljen u vašem grlu (traheotomija).
- Uz BiPap masku, dio zraka može ući u vaš želudac i uzrokovati bol u gasovima. Kada nosite masku, može biti teško razgovarati ili jesti.

Šta ako ne želim ventilator ili BiPap?

Ako niste u mogućnosti da dišete sami ili sa aparatom za disanje, umrijet ćete prirodnim putem. Može vam biti udobno.

Dijaliza bubrega

Dijaliza je tretman koji obavlja rad bubrega filtriranjem krvi. Postoje 2 vrste dijalize:

- **Hemodijaliza** uklanja tečnost i otpad iz krvi pomoću filtera. Krv teče iz vašeg tijela do aparata za dijalizu, a zatim kroz poseban filter, koji se naziva dijalizator ili umjetni bubreg, i opet natrag u vaše tijelo. Kako krv prolazi kroz dijalizator, tečnost i otpad se uklanjaju.
- **Peritonealna dijaliza (PD)** je tretman za zatajenje bubrega koji koristi vlastitu peritonealnu membranu u trbuhu kao filter. PD se radi otprilike četiri puta svaki dan u uobičajenim pauzama u toku dana: ujutro, podne, uveče i prije spavanja.

Šta se događa ako odaberem da ne budem na dijalizi?

Svi pacijenti imaju pravo odlučiti da ne započnu dijalizu. Ako ste započeli dijalizu, imate pravo da prestanete. Odabir neliječenja ili prekid dijalize uzrokovat će prirodnu smrt u roku od nekoliko dana do nekoliko sedmica. Takođe imate pravo da ponovo započnete dijalizu ako se predomislite.

Vještačko hranjenje ili umjetna hidratacija

Veštačko hranjenje (cev za hranjenje) ili veštačka hidratacija se koriste za podršku vašem telu ako više ne možete da unosite hranu ili tečnost na usta. Neke vrste cijevi koje se koriste uključuju:

- **NG sonda (nazogastrična)** može se staviti kroz nos i u stomak. Šalje formulu i vodu direktno u želudac.
- **A G cijev (gastrostoma) ili PEG cijev (perkutana endoskopska gastrostoma)** može se postaviti kroz malu rupu na stomaku. Šalje formulu i vodu direktno u želudac.
- **IV linija (intravenozno)** linija se stavlja u venu. Šalje hranu i tečnost direktno u krvne sudove.

Moguća zabrinutost zbog vještačkog hranjenja

Rizici mogu uključivati krvarenje ili infekciju na mjestu epruvete i probleme s cijevi. Slučajno udisanje formule može izazvati upalu pluća, problem opasan po život. Natečen stomak, nelagodnost u stomaku i dijareja mogu biti teret hranjenja putem sonde.

Šta se događa ako odaberem umjetno hranjenje?

Umjetno hranjenje vam može pomoći da se osjećate bolje i poboljšati kvalitetu vašeg života na neko vrijeme. Ako ste pri kraju svog života, možda ćete biti teško tolerirati probleme koji se mogu pojaviti tokom liječenja.

Šta se događa ako odaberem da nemam umjetno hranjenje?

Ako ne možete unositi hranu na usta i odlučite da se ne hranite umjetno, vaše tijelo će se polako ugasiti. Smrt će vjerovatno nastupiti u roku od nekoliko dana ili sedmica. Možda će vas umiriti saznanje da većina pacijenata pred kraj života obično ne osjeća glad ili žeđ.

Moguća zabrinutost zbog umjetne hidratacije

Umjetna hidratacija može uzrokovati nakupljanje previše tekućine u tijelu. To može uzrokovati neugodno oticanje ruku, nogu i trbuha. Tečnost se također može nakupiti u plućima, što može uzrokovati probleme s disanjem i otežano disanje. Rizici također uključuju krvarenje i infekciju na mjestu cijevi.

Šta će se dogoditi ako odaberem umjetnu hidrataciju?

Umjetna hidratacija pomoći će vašem tijelu da funkcionira. Ovo može povećati udobnost i poboljšati kvalitet života na neko vrijeme. Ako ste pri kraju svog života, možda ćete teško tolerirati probleme koji se mogu javiti ovim tretmanom.

Šta se događa ako odaberem da nemam umjetnu hidrataciju?

Bez dovoljno tečnosti, telo će se polako ugasiti. Smrt će nastupiti u roku od nekoliko dana ili sedmica. Možda će vas umiriti saznanje da je dehidracija prirodni dio procesa umiranja. Većina pacijenata pred kraj života ne osjeća žeđ. U posljednjim danima života, dehidracija može pomoći u pokretanju oslobađanja kemikalija u mozgu koje vam mogu ostaviti osjećaj smirenosti i blagostanja. Ovo vam može pomoći da posljednje sate provedete u većoj udobnosti.

Deaktivacija srčanih uređaja

Implantirani srčani defibrilatori (ICD) ili pomoćni uređaji lijeve komore (LVAD) mogu se koristiti za podršku funkcije srca. Može doći trenutak kada želite da deaktivirate ove uređaje i doživite prirodnu smrt. Pomoći će vam da unaprijed razgovarate sa svojim doktorom o tome i napravite plan.

Antibiotici za infekcije

Ponekad se smrt javlja kao rezultat infekcije, a ne medicinskog problema kao što je rak ili srčana bolest. Neki primjeri ozbiljnih infekcija su pneumonija i sepsa. Možete odlučiti da li liječite infekcije ili ne, ovisno o vašim željama i dugoročnom zdravstvenom ishodu. Antibiotici su lijekovi koji se koriste za liječenje infekcija uzrokovanih bakterijama. Drugi lijekovi se mogu koristiti za liječenje virusa ili gljivičnih infekcija. Ovi lijekovi će se možda morati davati putem IV.

Palijativna nega i hospicijska nega

Možda želite da navedete svoje želje o tome gdje i kako želite da dobijete njegu.

Palijativna njega je metoda pružanja komforne njege. Cilj je spriječiti ili liječiti simptome i nuspojave bolesti. To bi trebao biti dio plana od prvog dana kada se dijagnosticuje ozbiljna bolest. Palijativna njega se može pružiti bez obzira na to koliko dugo ćete živjeti. Palijativna njega može pružiti:

- Ublažavanje boli i drugih simptoma
- Emocionalna i duhovna podrška vama i vašoj porodici
- Pomaganje u donošenju složenih odluka o liječenju

Hospicijska njega je nivo udobnosti koji se pruža onima za koje se očekuje da će umrijeti u narednih 6 mjeseci. Fokus je na upravljanju simptomima, mirnoj smrti i životu nakon smrti. Kako vaše zdravlje pogoršava, nada se prebacuje na smisleno vrijeme sa porodicom i prijateljima. Hospicijska njega može pružiti sve pogodnosti navedene za palijativnu njegu plus:

- Fizikalna terapija ili radna terapija koja pomaže u razvoju nove energije ili uštedi energiju
- Umjetnost, muzika i druge komplementarne terapije
- Njega za predah za pružanje odmora negovateljima
- Kućni zdravstveni pomoćnici za pomoć pri kupanju, njegovanju, ishrani i drugim ličnim zdravstvenim potrebama
- Obučeni volonteri za podršku kao što su obavljanje zadataka i priprema obroka
- Usluge podrške za negovatelje, uključujući savjetovanje o tugovanju

Donacija organa

Uzmite u obzir ove činjenice o doniranju organa kada donosite odluku. Registrujte se na www.life-source.org ili unesite svoje želje na svoju vozačku dozvolu.

- Više od 3000 ljudi na gornjem srednjem zapadu čeka na transplantaciju.
- Donacija organa može pomoći vašoj porodici u procesu tugovanja. Jedna osoba može spasiti ili izliječiti do 60 života.
- Nemate nikakvih troškova za vas ili vašu porodicu kada donirate organe.
- Čak i ako imate zdravstveno stanje, vjerovatno ćete moći donirati.
- Sve glavne religije podržavaju doniranje organa.
- Donacija organa neće uticati na planove sahrane za pregled.
- Donacije organa su povjerljive.

Donirati cijelo svoje tijelo nauci mogu zahtijevati posebne obrasce.

Sljedećih deset stranica je obrazac unapred plana njege.

- Popunite ove stranice. Možete ih ostaviti u knjižici ili ukloniti po želji.
- Odšampajte svoje ime, datum rođenja i datum završetka na dnu svake stranice.
- Ne potpisujte dio 4 “Pravna ovlaštenja” na strani 8 od 10 dok ne budu prisutni vaši svjedoci ili javni bilježnici.
- Napravite kopije za svoju evidenciju i podijelite ih sa porodicom.
- Vratite popunjene formulare svom ljekaru i/ili zdravstvenoj ustanovi kako bi se upisali u vaš zdravstveni zapis.
- Pogledajte stranicu 10 od 10 da saznate šta da radite sa popunjenim obrascem Plana unapred njege.

My Advance Care Plan

Moj plan napredne njege

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

Dovršio sam ovu naprijednu direktivu s mnogo razmišljanja. Ovaj dokument daje moje izbore i preferencije liječenja i/ili imenuje agenta za zdravstvenu zaštitu (poznatog i kao punomoćje za zdravstvenu zaštitu) da govori umjesto mene ako ne mogu komunicirati ili donositi vlastite odluke o zdravstvenoj zaštiti. Moj zdravstveni agent, ako je imenovan, može umjesto mene donositi medicinske odluke, uključujući odluku da odbijem tretmane koje ne želim.

This document will replace any previous advance directive.

Ovaj dokument će zamijeniti sve prethodne upute.

My name (*Moje ime*): _____

Date (*Datum*): _____

My date of birth (*Moj datum rođenja*): _____

My address (*Moja adresa*): _____

My telephone numbers: (home) (*Moji brojevi telefona: (kućni)*) _____ (cell (*mobitelni*)) _____

My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.
Moji inicijali ovdje ukazuju da mi je profesionalni medicinski tumač pomogao da završim ovaj dokument.

Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

Dio 1: Moj zdravstveni agent

(Također poznato kao punomoćje za zdravstvenu zaštitu)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

- Follow my health care instructions in this document
- Follow any other health care instructions I have given to him or her
- Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards

Ako ne mogu da saopštim svoje želje i odluke o zdravstvenoj zaštiti zbog bolesti ili povrede, ili ako moj zdravstveni tim utvrdi da ne mogu da donosim sopstvene odluke o zdravstvenoj zaštiti, biram osobu navedenu u nastavku koja će preneti svoje želje i učiniti moje zdravstvene odluke o njezi. Moj zdravstveni agent mora:

- *Slijedite moje zdravstvene upute u ovom dokumentu*
- *Slijedite sve druge zdravstvene upute koje sam mu dao*
- *Donositi odluke u mom najboljem interesu i u skladu sa prihvaćenim medicinskim standardima*

Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

Zahtjevi za to ko može biti agent ili punomoćje za zdravstvenu zaštitu Prema državnim zakonu

Iowa: My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document. My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Iowa: Moj agent ne može biti zdravstveni radnik koji se brine za mene na datum kada sam potpisao ovaj dokument. Moj agent također ne može biti zaposlenik pružaoca zdravstvenih usluga osim ako je povezan sa mnom krvno, brakom ili usvojenjem u trećem stepenu srodstva.

Minnesota: My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document (Specify here: _____). In addition, a person appointed to determine my capacity to make decisions cannot be my agent.

Minnesota: Moj agent mora biti punoljetan. Moj agent ne može biti pružalac zdravstvene zaštite ili zaposlenik pružaoca zdravstvene zaštite koji mi pruža direktnu njegu osim ako sam s tom osobom u krvnom ili brakovom srodstvu, registrovanom porodičnom partnerstvu ili usvojenju ili osim ako nisam drugačije naveo u ovom dokumentu (Navedite ovdje: _____). Osim toga, osoba imenovana da utvrdi moju sposobnost donošenja odluka ne može biti moj agent.

North Dakota: My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

Sjeverna Dakota: Moj agent mora biti punoljetan. Moj agent ne može biti: 1) moj zdravstveni radnik; 2) neko ko je zaposlen kod mog zdravstvenog radnika, a nije sa mnom u rodbinskom odnosu; 3) moj pružalac usluga dugotrajne njege; ili 4) neko ko je zaposlenik mog pružaoca usluga dugotrajne njege, ali nije sa mnom u srodstvu.

South Dakota: My agent must be an adult.

Južna Dakota: Moj agent mora biti punoljetan.

My Primary (Main) Health Care Agent Is:

Moj primarni (glavni) agent zdravstvene zaštite je:

Name (*Ime*): _____ Relationship (*Odnos*): _____

Telephone numbers: (H) *Brojevi telefona: (H)* _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (*Puna adresa*): _____

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

Ako moj primarni agent nije voljan, sposoban ili razumno dostupan da umjesto mene donosi odluke o zdravstvenoj zaštiti, biram alternativnog agenta zdravstvene zaštite.

My Alternate Health Care Agent Is:

Moj alternativni zdravstveni agent je:

Name (*Ime*): _____ Relationship (*Odnos*): _____

Telephone numbers: (H) *Brojevi telefona: (H)* _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (*Puna adresa*): _____

Powers of My Health Care Agent:

Ovlasti mog zdravstvenog agenta:

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

Moj zdravstveni agent automatski ima sva sljedeća ovlaštenja kada nemam kapacitet da donosim odluke i/ili ne mogu sam komunicirati:

- A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

Slažem se, odbijam ili poništavam odluke o mojoj zdravstvenoj zaštiti. Ovo uključuje testove, lijekove, operaciju, prekid ili početak vještačke ishrane i hidratacije (kao što je hranjenje putem sonde ili IV (intravenske) tekućine) i druge odluke vezane za liječenje. Ako je liječenje već počelo, moj agent ga može nastaviti ili prekinuti na osnovu mojih uputa.

- B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs.

Protumačiti bilo koje instrukcije u ovom dokumentu na osnovu njegovog ili njenog razumijevanja mojih želja, vrijednosti i uvjerenja.

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Additional Powers of My Health Care Agent:*Dodatne ovlasti mog zdravstvenog agenta:***My initials below indicate I also authorize my health care agent to:***Moji inicijali ispod označavaju da takođe ovlašćujem svog zdravstvenog agenta da:*

Make decisions about the care of my body after death.

Donose odluke o njezi o mom tijelu nakon smrti.

If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:*Ako živim u Sjevernoj Dakoti ili Minnesoti, moji inicijali ispod označavaju da također ovlašćujem svog zdravstvenog agenta da:*

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

Nastavi kao moj agent za zdravstvenu zaštitu čak i ako se naš brak ili porodično partnerstvo pravno okonča ili je okončano.

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

*Donosi odluke o zdravstvenoj zaštiti umjesto mene čak i ako sam u mogućnosti da odlučujem ili govorim u svoje ime, ako tako odlučim.***Part 2: My Health Care Instructions***Dio 2: Moje zdravstvene upute*

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

*Moji izbori i preferencije za zdravstvenu zaštitu su navedeni u nastavku. Tražim od svog zdravstvenog agenta da priopći ove izbore, a moj zdravstveni tim da ih poštuje, ako ne mogu komunicirati ili donijeti vlastite izbore.***I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.***Postavio sam paraf ispod za opciju koju preferiram za svaku situaciju.*

Note: You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown.

*Napomena: Ne morate pisati upute o tretmanima kako biste produžili život, ali je korisno to učiniti. Ako nemate pismena uputstva, vaš agent će donositi odluke na osnovu vaših izgovorenih želja ili u vašem najboljem interesu ako su vaše želje nepoznate.***A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present***Kardiopulmonalne reanimacije: Odluka za sadašnjost*

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. **Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future)** indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

Ova odluka se odnosi na izbor tretmana koji danas donosim na osnovu mog trenutnog zdravlja. Odjeljak C u nastavku (Tretmani za produženje mog života: Odluka za budućnost) označava izbor tretmana koji želim ako se moje zdravlje promijeni u budućnosti i ne mogu sam komunicirati.

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

CPR (KPR) je tretman koji se koristi za pokušaj vraćanja srčanog ritma i disanja kada su prestali. CPR (KPR) može uključivati kompresije grudnog koša (snažno guranje na prsa kako bi krv cirkulirala), lijekove, električne šokove, cijev za disanje i hospitalizaciju.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

Razumijem da CPR (KPR) može spasiti život, ali ne djeluje uvijek. Također razumijem da CPR (KPR) ne djeluje dobro za ljude koji imaju kronične (dugotrajne) bolesti ili oštećeno funkcioniranje, ili oboje. Razumijem da oporavak od CPR (KPR)-a može biti bolan i težak.

Therefore (initial one)

Stoga (početni)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.
Želim da se izvrši CPR (KPR) ako mi stane srce ili disanje.

Or (Ili)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision. Examples of when my health has changed include:

Želim da se izvrši CPR (KPR) ako mi prestane srce ili disanje na osnovu mog trenutnog zdravstvenog stanja. Međutim, u budućnosti, ako se moje zdravlje promijeni, tada bi moj agent ili ja (ako sam u mogućnosti) trebali razgovarati o CPR (KPR-a) sa svojim zdravstvenim timom. Moji izbori u Odjeljak B: Preference tretmana i odjeljak C: Tretmani za produženje mog života u nastavku treba uzeti u obzir prilikom donošenja ove odluke. Primjeri kada se moje zdravlje promijenilo uključuju:

- I have an incurable illness or injury and am dying
Imam neizlječivu bolest ili povredu i umirem
- I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops
Nemam razumne šanse da preživim ako mi stane srce ili disanje
- I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering
Imam male šanse za dugoročni opstanak ako mi srce ili disanje stane i CPR (KPR) bi prouzročivao značajnu patnju

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Or (Ili)

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

Ne želim pokušaj CPR (KPR-a) ako mi stane srce ili disanje. Želim da dozvolim prirodnu smrt. Razumijem da ako odaberem ovu opciju, trebalo bi da se obratim svom ljekaru da napiše naredbu o neoživljavanju (DNR).

B. Treatment Choices: My Health Condition

Izbori liječenja: Moje zdravstveno stanje

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

Ovdje su napisani moji izbori liječenja za moje specifično zdravstveno stanje(a). Uz bilo koji odabir liječenja, razumijem da ću i dalje primati lijekove protiv bolova i utjehe, kao i hranu i tekućinu na usta ako budem u mogućnosti da progutam.

My initials here indicate additional documents are attached.

Moji inicijali ovdje ukazuju na to da su dodatni dokumenti priloženi.

C. Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future

Tretmani za produženje mog života: Odluka za budućnost

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):

Ako više ne mogu donositi odluke za sebe, a moj zdravstveni tim i agent vjeruju da neću oporaviti svoju sposobnost da znam ko sam, želim (Inicijalni jedan):

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

NAPOMENA: Sa bilo kojim izborom, razumijem da ću nastaviti primati lijekove protiv bolova i utjehe, kao i hranu i tečnost na usta ako budem u mogućnosti da progutam.

To stop or withhold all treatments that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date(štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Da zaustavite ili obustavite sve tretmane to bi mi moglo produžiti život. Ovo uključuje, ali nije ograničeno na umjetnu prehranu i hidrataciju (na primjer, hranjenje putem sonde i IV (intravenozne) tekućine), respirator/ventilator (mašina za disanje), kardiopulmonalnu reanimaciju CPR (KPR), dijalizu, i antibiotike.

Or (Ili)

All treatments recommended by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

Preporučuju se svi tretmani od strane mog zdravstvenog tima. Ovo uključuje, ali nije ograničeno na umjetnu ishranu i hidrataciju (na primjer, hranjenje putem sonde, IV (intravenske) tekućine), respirator/ventilator (mašina za disanje), kardiopulmonalnu reanimaciju CPR (KPR), dijalizu i antibiotike. Želim da se tretmani nastave dok se moj zdravstveni tim i agent ne slože da su takvi tretmani štetni ili više ne pomažu.

Comments or directions to my health care team:

Komentari ili upute za moj zdravstveni tim:

D. Organ Donation (Initial One)

Donacija organa (Inicijalni jedan)

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

Želim da doniram svoje oči, tkiva i/ili organe, ako mogu. Moj zdravstveni agent može započeti i nastaviti tretmane ili intervencije potrebne za održavanje mojih organa, tkiva i očiju dok se donacija ne završi. Moje specifične želje (ako ih ima) su:

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

Ne želim da doniram svoje oči, tkiva i/ili organe.

Or (Ili)

My Health Care Agent can decide.

Moj zdravstveni agent može odlučiti.

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

Dio 3: Moje nade i želje (Opciono)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.
Želim da moji najmiliji znaju moje sljedeće misli i osjećaje.

The things that make life most worth living to me are:
Stvari koje život čine najvrijednijim za mene su:

My beliefs about when life would be no longer worth living:
Moja uvjerenja o tome kada život više neće biti vrijedan življenja:

My thoughts about specific medical treatments, if any:
Moja razmišljanja o specifičnim medicinskim tretmanima, ako ih ima:

My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:
Moje misli i osjećanja o tome kako bih voleo da umrem i gde bih voleo da umrem:

If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):

Ako sam blizu smrti, želim da moji najmiliji znaju da bih cijenio sljedeće za utjehu i podršku (rituali, molitve, muzika itd.):

Religious affiliation:

Vjerska pripadnost:

I am of the (Ja sam) _____ faith, and am a member of (vjere i član sam) _____ faith community in (city) (vjerska zajednica u (grad)) _____.

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial. (Želio bih da moj zdravstveni agent obavijesti moju vjersku zajednicu o mojoj smrti i organizira da mi obezbijede sahranu/pomen/ukop.)

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):

Želio bih da moja sahrana uključuje, ako je moguće, sljedeće (ljude, muziku, rituale itd.):

Ostale želje i uputstva:

My initials here indicate additional documents are attached:

Moji inicijali ovdje pokazuju da su priloženi dodatni dokumenti:

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Part 4: Legal Authority

Dio 4: Pravna vlast

Do not sign unless the witnesses or notary are present.

Ne potpisujte osim ako nisu prisutni svjedoci ili notar.

Note: This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 9 of 9].

Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.

Napomena: Ovaj dokument mora biti ovjeren ili osvjedočen. [Pogledajte pojedinačne zahtjeve države na stranici 9 od 9]. Dva svjedoka ILLI javni bilježnik moraju provjeriti vaš potpis i datum.

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

Ja sam dobrovoljno napravio ovaj dokument. Razmišljam jasno. U ovom dokumentu su navedene moje želje o mojim budućim odlukama o zdravstvenoj zaštiti:

Signature (Potpis) _____ Date (Datum) _____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:

Ako ne mogu da se potpišem svojim imenom, molim sljedeću osobu da potpiše umjesto mene:

Signature (of person asked to sign) (Potpis (osobe od koje se traži da potpiše)) _____ Date (Datum) _____

Printed Name (Štampano ime) _____

Option 1: Notary Public

Opcija 1: Javni bilježnik

State of (Država) _____ County of (Županija) _____

In my presence on (U mom prisustvu) _____ (date) (datum), _____ (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. ((ime) potvrdio svoj potpis na ovom dokumentu, ili potvrdio da je ovlastio osobu koja potpisuje ovaj dokument da potpiše u njegovo ili njeno ime.)

Signature of Notary (Potpis notara) _____ Notary Seal (Notarski pečat)

My commission expires: (Moja provizija ističe:) _____

Or (Ili)

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Option 2: Statement of Witnesses

Opcija 2: Izjava svjedoka

Witness 1: In my presence on (*Svjedok 1: U mom prisustvu*) _____ (date) (*datum*), _____ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (*ime*) *dobrovoljno potpisao ovaj dokument (ili ovlastio osobu koja potpisuje ovaj dokument da potpiše u njegovo ili njeno ime.)*)

Signature (*Potpis*) _____ Date (*Datum*) _____Printed Name (*Štampano ime*) _____ Date (*Datum*) _____

Witness 2: In my presence on (*Svjedok 2: U mom prisustvu*) _____ (date) (*datum*), _____ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (*ime*) *dobrovoljno potpisao ovaj dokument (ili ovlastio osobu koja potpisuje ovaj dokument da potpiše u njegovo ili njeno ime.)*)

Signature (*Potpis*) _____ Date (*Datum*) _____Printed Name (*Štampano ime*) _____ Date (*Datum*) _____**Required in ND** *Obavezno u ND***Acceptance of Appointment of Health Care Agent (Health Care Power of Attorney)***Prihvatanje imenovanja agenta zdravstvene zaštite (Punomoćje za zdravstvenu zaštitu)*

I accept this appointment and agree to serve as an agent for health care decisions. I understand I have a duty to act consistently with the desires expressed in this document and to act in good faith. I understand this individual can revoke my designation as an agent at any time in any manner. I will notify this individual if I choose to withdraw from this role while this individual is competent. I will notify this individual's health care provider if I choose to withdraw from this role when this individual is not able to make health care decisions. *Prihvatam ovaj sastanak i slažem se da služim kao agent za odluke o zdravstvenoj zaštiti. Razumijem da imam dužnost djelovati u skladu sa željama izraženim u ovom dokumentu i djelovati u dobroj vjeri. Razumijem da ova osoba može opozvati moje imenovanje kao agenta u bilo koje vrijeme na bilo koji način. Obavijestit ću ovu osobu ako odlučim da se povučem iz ove uloge dok je ova osoba kompetentna. Obavijestit ću zdravstvenog radnika ove osobe ako odlučim da se povučem iz ove uloge kada ova osoba nije u mogućnosti donositi odluke o zdravstvenoj zaštiti.*

Primary Agent Signature (*Potpis primarnog agenta*) _____ Date (*Datum*) _____Printed Name (*Štampano ime*) _____Printed Name (*Potpis alternativnog agenta*) _____ Date (*Datum*) _____Printed Name (*Štampano ime*) _____

The ACP of (*ACP (AKP) od*) _____ (print name) Birth Date (*štampano ime*) (*Datum rođenja*) _____ Completion Date (*Datum završetka*) _____

Requirements for Witnesses by State

Zahtjevi za svjedoke po državama

Iowa: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Iowa: Potreban je javni bilježnik ili 2 punoletna svedoka. Svjedok ne može biti: (1) provajder koji prisustvuje principalu na dan potpisivanja ovog dokumenta; (2) zaposlenik provajdera koji prisustvuje principalu na dan potpisivanja ovog dokumenta; (3) Agent zdravstvene zaštite naveden u ovom dokumentu; i (4) najmanje jedan svjedok ne može biti u krvnom srodstvu, braku ili usvojenju u trećem stepenu srodstva sa glavnicom.

Minnesota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

Minnesota: Potreban je javni bilježnik ili 2 punoletna svedoka. Svjedok ne može biti agent zdravstvene zaštite ili zamjenski zdravstveni agent. Od dva svjedoka, samo jedan može biti zdravstveni radnik ili zaposleni u pružaocu usluga koji pruža direktnu njegu na dan potpisivanja dokumenta.

North Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

Sjeverna Dakota: Potreban je javni bilježnik ili 2 punoletna svedoka. Svjedok ne može biti: (1) Zastupnik zdravstvene zaštite; (2) supružnik ili naslednik nalogodavca; (3) osoba u krvnom srodstvu, braku ili usvojenju sa glavnicom; (4) lice koje ima pravo na bilo koji dio imovine nalogodavca nakon smrti nalogodavca na osnovu testamenta ili akta; (5) svako drugo lice koje ima bilo kakva potraživanja prema zaostavštini nalogodavca; (6) lice direktno finansijski odgovorno za medicinsku njegu direktora; ili (7) ljekar koji prisustvuje direktoru. Osim toga, najmanje jedan svjedok ne smije biti pružalac zdravstvene zaštite ili dugoročne njege koji pruža direktnu njegu direktoru na datum potpisivanja ovog dokumenta ili zaposlenik pružaoca zdravstvene zaštite ili dugoročne njege koji pruža direktnu njegu direktoru na dan potpisivanja ovog dokumenta.

South Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required.

Južna Dakota: Potreban je javni bilježnik ili 2 punoletna svedoka.

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

After Completing the Advance Care Plan Nakon završetka Plana unapredjene njege

Now that I have completed this document, I will:

Sada kada sam završio ovaj dokument, ja ću:

- Keep the original copy of this document where it can be easily found.
Držite originalnu kopiju ovog dokumenta na mjestu gdje se može lako pronaći.

- Make several copies of this document and give to my:
Napravite nekoliko kopija ovog dokumenta i dajte mojim:
 - Primary and Alternate Health Care Agents
Agenti primarne i alternativne zdravstvene zaštite
 - Doctor and other health care providers
Doktor i moj alternativni zdravstveni agent je.
 - Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record
Zdravstvenu ustanovu (bolnicu, ostalo) kad god sam primljen i tražim da se to upiše u moj zdravstveni zapis

- Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are.
Razgovarajte sa ostatkom moje porodice i bliskim prijateljima koji bi mogli biti uključeni ako imam ozbiljnu bolest ili povredu, pazite da znaju ko je moj zdravstveni agent i koje su moje želje.

When to Review Your Advance Care Plan

Kada pregledati svoj unaprijedni plan njege

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the “Five D’s” occur.

Uobičajeno je redovno pregledati i ažurirati unaprijedni plan njege. Možda ćete htjeti da ga pregledate sa svojim godišnjim fizičkim pregledom ili kad god se pojavi bilo koji od "pet D".

- **Decade:** when you start each new decade of your life.
Decenija: kada započnete svaku novu deceniju svog života.
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.
Smrt: kad god doživite smrt voljene osobe.
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.
Razvod: kada doživite razvod ili drugu veliku promjenu u porodici.
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.
Dijagnoza: kada vam se dijagnostikuje ozbiljno zdravstveno stanje.
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.
Odbijanje: kada doživite značajan pad ili pogoršanje postojećeg zdravstvenog stanja, posebno kada niste u mogućnosti da živite sami.

The ACP of (ACP (AKP) od) _____ (print name) Birth Date (štampano ime) (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Copies of This Document Have Been Given To:

Kopije ovog dokumenta su date:

Primary (main) Health Care Agent

(Agent primarne (glavne) zdravstvene zaštite)

Name (*Ime*): _____ Telefon: _____

Alternate Health Care Agent

Alternativni zdravstveni agent

Name (*Ime*): _____ Telephone (*Telefon*): _____

Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

Pružalac zdravstvene zaštite/klinika/bolnica/članovi porodice

Name (*Ime*): _____ Telephone (*Telefon*): _____

Name (*Ime*): _____ Telephone (*Telefon*): _____

Name (*Ime*): _____ Telephone (*Telefon*): _____

Name (*Ime*): _____ Telephone (*Telefon*): _____

Name (*Ime*): _____ Telephone (*Telefon*): _____

If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

Ako se vaše želje promijene, ispunite novi obrazac. Dajte kopije novog dokumenta svima koji imaju kopije vašeg prethodnog. Recite im da unište prethodnu verziju.

When You Want Help With Advance Care Planning

Kada želite pomoć u planiranju unaprijed njege

Advance care planning gives you the chance to talk with others. Health care providers, family members and important others can help you explore options. For more information contact:

Planiranje njege unaprijed daje vam priliku da razgovarate s drugima. Pružaoci zdravstvenih usluga, članovi porodice i važni drugi mogu vam pomoći da istražite opcije. Za više informacija kontaktirajte:

Bemidji

Advance Care Planning Program

Phone: (218) 333-6060

Email: acp.bemidji@sanfordhealth.org

Program unaprijednog planiranja nege

Telefon: (218) 333-6060

e-pošta: acp.bemidji@sanfordhealth.org

Fargo

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 234-6966

Email: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

Program unaprijednog planiranja nege

Telefon: (701) 234-6966

e-pošta: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

Bismarck

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 323-1ACP (1227)

Email: acp.bismarck@sanfordhealth.org

Program unaprijednog planiranja nege

Telefon: (701) 323-1ACP (1227)

e-pošta: acp.bismarck@sanfordhealth.org

Sioux Falls

DeGroot Center

Phone: (605) 312-3520

Email: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

DeGroot Center

Telefon: (605) 312-3520

e-pošta: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

