

Advanced Care Plan *Plan napredne 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.

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

Advanced Care Plan / *Plan napredne njege*

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*

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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 državnom 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.

Advanced Care Plan / *Plan napredne njege*

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.

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

Advanced Care Plan / *Plan napredne njege*

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.

C. Review and release my medical records and personal files as needed for my health care, as stated in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

Pregledajte i objavite moju medicinsku dokumentaciju i lične dosije po potrebi za moju zdravstvenu zaštitu, kao što je navedeno u Zakonu o prenosivosti i odgovornosti zdravstvenog osiguranja iz 1996. (HIPAA)

D. Arrange for my health care and treatment in a location he or she thinks is appropriate.

Organizirajte moju zdravstvenu njegu i liječenje na lokaciji za koju smatra da je odgovarajuća.

E. Decide which health care providers and organizations provide my health care.

Odlučite koji pružaoci zdravstvenih usluga i organizacije pružaju moju zdravstvenu zaštitu.

F. Make decisions about organ and tissue donation according to my instructions in Part 2 of this document.

Donosite odluke o doniranju organa i tkiva prema mojim uputstvima u 2. dijelu ovog dokumenta.

Comments or limits on the above (*Komentari ili ograničenja na gore navedeno*): _____

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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.

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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

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.

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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 prouzrokovao značajnu patnju

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).

Advanced Care Plan / *Plan napredne njege*

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.

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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.

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:

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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.

E. Autopsy (Initial One)

Autopsija (Inicijalni jedan)

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

Želim da moj agent donosi odluke o autopsiji mog tijela.

I do not want an autopsy unless required by law.

Ne želim obdukciju osim ako to ne zahtijeva zakon.

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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 osećanja 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.

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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.):

Other wishes and instructions:
Ostale želje i uputstva:

My initials here indicate additional documents are attached:
Moji inicijali ovdje pokazuju da su priloženi dodatni dokumenti:

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 16].
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 16]. Dva svjedoka Ili 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*) _____

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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)

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) _____

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) _____

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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 nasljednik 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) (štampano ime)
Birth Date (Datum rođenja) _____ Completion Date (Datum završetka) _____

Advanced Care Plan / *Plan napredne njege*

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, pazeći da znaju ko je moj zdravstveni agent i koje su moje želje.

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

Advanced Care Plan / Plan napredne njege

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.

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*): _____ Telephone (*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*): _____

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

Advanced Care Plan / *Plan napredne njege*

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.

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