Доверенность на принятие решений о медицинской помощи

Назначение представителя по медицинской помощи в штате Нью-Йорк

Закон штата Нью-Йорк о назначении доверенных лиц по медицинской помощи позволяет вам поручить человеку, которому вы доверяете, например, родственнику или близкому другу, принимать за вас решения, касающиеся вашего лечения, если вы утратите способность принимать такие решения самостоятельно. Назначение такого представителя для принятия решений о вашем лечении гарантирует, что медицинские работники будут действовать в соответствии с вашими пожеланиями. Ваш представитель также может принимать решения о применимости ваших распоряжений в случае изменения состояния вашего здоровья. Больницы, врачи и другие медицинские учреждения и работники обязаны следовать решениям вашего представителя, как вашим собственным. Вы можете предоставить человеку, которого вы выберете своим представителем по медицинской помощи, любые полномочия по своему желанию – от самых широких до весьма ограниченных. Вы можете разрешить своему представителю принимать все или только некоторые решения, касающиеся вашего лечения. Вы также можете дать своему представителю конкретные указания, которым он обязан следовать. Кроме того, вы можете включить в данную доверенность свои пожелания или распоряжения относительно пожертвования органов и (или) тканей.

О форме доверенности на принятие решений о медицинской помощи

Эта доверенность представляет собой важный юридический документ. Прежде чем ее подписывать, вы должны ознакомиться со следующими фактами.

1. Эта доверенность наделяет выбранного вами представителя правом принимать от вашего имени любые решения, касающиеся медицинской помощи, в том числе о применении или отключении средств жизнеобеспечения, если вы не дадите в данном документе иного распоряжения. Под «медицинской помощью» подразумеваются любые виды лечения, услуги или процедуры, применяемые для диагностики или лечения физического или психического состояния.
2. Если ваш представитель не будет достаточно подробно знаком с вашими пожеланиями относительно искусственного кормления (введения питательных веществ и воды через трубку или внутривенно), то он не сможет отказаться от этих процедур или дать на них согласие от вашего имени.
3. Ваш представитель начнет принимать решения о медицинской помощи от вашего имени только после того, как ваш врач установит, что вы не способны принимать такие решения самостоятельно.
4. В данной доверенности вы можете привести примеры таких методов лечения, которые вы отвергаете и (или) таких, применения которых вы, безусловно, желаете. Эти распоряжения могут быть использованы для ограничения прав вашего представителя на принятие решений. Принимая решения от вашего имени, он обязан следовать вашим указаниям.
5. Для заполнения этой формы услуги адвоката не нужны.
6. В качестве своего представителя вы можете выбрать любого взрослого человека (от 18 лет), в том числе родственника или близкого друга. Если вы выберете своим представителем врача, то ему придется выбирать между ролью вашего представителя и лечащего врача, поскольку врач не имеет права выполнять эти две функции одновременно. Кроме того, если вы находитесь в больнице, доме-интернате для престарелых и инвалидов или в психиатрической лечебнице, то вам следует учесть, что существуют определенные ограничения, касающиеся назначения доверенного лица из числа сотрудников такого учреждения. Попросите кого-нибудь из них объяснить вам эти ограничения.
7. Прежде чем назначать кого-нибудь своим представителем, обсудите с ним свое намерение, чтобы заручиться его согласием. Скажите выбранному вами человеку, что он будет действовать в качестве вашего представителя по медицинской помощи. Обсудите с ним свои пожелания, касающиеся медицинской помощи, и данный документ. Обязательно дайте ему подписанный экземпляр доверенности. Вашего представителя не могут привлечь к судебной ответственности за добросовестно принятые решения о вашем лечении.
8. Если вы назначите своим представителем по медицинской помощи супругу или супруга, то в случае последующего развода или раздельного жительства по решению суда бывший супруг или супруга не сможет остаться вашим представителем, если вы не оговорите этого особо. Если вы хотите, чтобы ваша бывшая супруга или супруг оставался вашим представителем, то вы можете указать это в уже оформленной доверенности и проставить новую дату или заполнить новую доверенность на имя бывшей супруги или супруга.
9. Даже подписав эту доверенность, вы будете иметь право самостоятельно принимать решения о своем лечении до тех пор, пока вы в состоянии это делать, и вам не могут назначить или отменить лечение против вашей воли, а ваш представитель не будет иметь права высказывать свои возражения.
10. Вы можете аннулировать полномочия, предоставленные вашему представителю, сообщив об этом ему или лечащему врачу устно или в письменном виде.
11. Назначение представителя по медицинской помощи – дело добровольное. Никто не может заставить вас его назначить.
12. Вы также можете включить в данную доверенность свои пожелания или распоряжения о пожертвовании органов и (или) тканей.

Вопросы, которые задают чаще всего

Зачем назначать представителя по медицинской помощи?

Если вы хотя бы временно потеряете способность принимать решения, касающиеся медицинской помощи, то их должен принимать от вашего имени кто-то другой. Медицинский персонал часто ожидает указаний от членов семьи больного, которые могут выразить свое представление о его отношении к конкретному методу лечения. Однако в штате Нью-Йорк только назначенный вами представитель по медицинской помощи имеет законное право принимать решения о вашем лечении, если вы не в состоянии принимать такие решения самостоятельно. Назначение такого представителя позволяет вам контролировать свое лечение, поскольку вы:

- уполномочиваете своего представителя принимать от вашего имени решения о медицинской помощи, соответствующие вашему желанию;
- поручаете принятие таких решений одному человеку, так как считаете, что его решения будут наилучшими;
- назначаете своим представителем одного человека во избежание конфликтов или путаницы среди членов семьи и (или) других важных для вас лиц.

Вы также можете назначить альтернативного представителя на тот случай, если выбранное вами первым доверенное лицо не сможет принимать решения от вашего имени.

Кто может быть представителем по медицинской помощи?

Представителем по медицинской помощи может быть любой человек от 18 лет. Человек, которого вы назначаете своим первым или альтернативным представителем, не имеет права подписывать Доверенность на принятие решений о медицинской помощи в качестве свидетеля.

Как назначается такой представитель?

Любой дееспособный взрослый человек от 18 лет может назначить такого представителя, подписав Доверенность на принятие решений о медицинской помощи. Для этого не нужно обращаться ни к адвокату, ни к нотариусу. Достаточно лишь подписей двух взрослых свидетелей. Вы можете, но не обязаны использовать прилагаемую форму.

Когда мой представитель начнет принимать решения о медицинской помощи от моего имени?

Ваш представитель по медицинской помощи начнет принимать решения о вашем лечении от вашего имени только после того, как ваш врач решит, что вы не в состоянии принимать такие решения самостоятельно. До тех пор, пока вы будете в состоянии принимать решения, касающиеся вашего лечения, вы будете иметь право принимать их самостоятельно.

Какие решения может принимать мой представитель?

Если вы не ограничите права своего представителя, то он сможет принимать любые решения, касающиеся медицинской помощи, которые вы могли бы принять, если бы были способны самостоятельно решать такие вопросы. Ваш представитель может дать согласие на назначенное лечение, выбрать один из нескольких методов лечения, а также отказаться от лечения, в соответствии с вашими пожеланиями и интересами. Однако ваш представитель может принимать решения об искусственном кормлении (введении питательных веществ и воды через трубку или внутривенно) только в том случае, если вы отдали ему соответствующее распоряжение устно или в письменном виде. Доверенность на принятие решений о медицинской помощи не дает вашему представителю права принимать от вашего имени решения, не относящиеся к медицинской помощи, например, финансовые решения.

Зачем назначать представителя по медицинской помощи молодым и здоровым людям?

Назначение представителя по медицинской помощи имеет смысл даже в молодом возрасте и при отсутствии заболевания в терминальной стадии. Ваш представитель может действовать от вашего имени, если вы временно утратите способность самостоятельно принимать решения о медицинской помощи (например, если вы будете находиться под общим наркозом или в коматозном состоянии вследствие аварии). Когда вы снова обретете способность принимать решения самостоятельно, ваш представитель уже не будет иметь права действовать от вашего имени.

Вопросы, которые задают чаще всего *(продолжение)*

Как мой представитель будет принимать решения?

Ваш представитель должен действовать в соответствии с вашими желаниями, а также нравственными и религиозными убеждениями. Вы можете вписать свои распоряжения в Доверенность на принятие решений о медицинской помощи или просто обсудить их со своим представителем.

Как мой представитель узнает мои желания?

Откровенное и доверительное обсуждение ваших желаний со своим представителем по медицинской помощи позволит ему лучше учитывать ваши интересы. Если ваши желания и убеждения ему неизвестны, то по закону он обязан в своих действиях наилучшим образом учитывать ваши интересы. Поскольку это налагает серьезную ответственность на человека, которого вы назначаете своим представителем, вам следует обсудить с ним, на какие виды лечения вы готовы согласиться, и от каких желаете отказаться в различных обстоятельствах, например:

- хотите ли вы, чтобы средства жизнеобеспечения были подключены, применялись длительное время или были отключены, если вы окажетесь в состоянии перманентной комы;
- хотите ли вы, чтобы средства жизнеобеспечения были подключены, применялись длительное время или были отключены в случае заболевания в терминальной стадии;
- хотите ли вы, чтобы системы искусственного кормления были подключены, применялись длительное время или были отключены и при каких обстоятельствах.

Может ли мой представитель отменить мои пожелания или предыдущие распоряжения по поводу лечения?

Нет. Ваш представитель обязан принимать решения, основываясь на ваших пожеланиях. Если вы ясно выразили конкретные пожелания или отдали распоряжения относительно конкретных методов лечения, то ваш представитель обязан строго следовать этим пожеланиям или распоряжениям, за исключением обстоятельств, при которых он будет добросовестно считать, что ваши пожелания изменились или неприменимы к данным обстоятельствам.

Кто будет прислушиваться к моему представителю?

Все больницы, дома-интернаты для престарелых и инвалидов, врачи и другие медицинские работники и учреждения по закону обязаны предоставлять вашему представителю по медицинской помощи ту же информацию, которую они сообщили бы вам, и прислушиваться к решениям вашего представителя, как если бы эти решения были приняты вами. Если больница или дом-интернат возражает против определенных вариантов лечения (например, прекращения какого-либо лечения), то по возможности сотрудники должны оповестить об этом вас или вашего представителя ДО или во время вашей госпитализации.

Что если мой представитель будет отсутствовать, когда нужно будет принимать решения?

Вы можете назначить альтернативного представителя с правом принятия решений от вашего имени на тот случай, если первый представитель будет отсутствовать, не сможет или не захочет действовать, когда нужно будет принимать такие решения. В противном случае решения о вашем лечении от вашего имени будут принимать медицинские работники, которые будут следовать вашим распоряжениям, отданным в то время, когда вы еще были в состоянии это сделать. При таких обстоятельствах медицинские работники будут руководствоваться любыми распоряжениями, которые вы внесете в Доверенность на принятие решений о медицинской помощи.

Что если я передумаю?

Вы можете просто аннулировать Доверенность на принятие решений о медицинской помощи, поменять лицо, которое вы назначили своим представителем, а также изменить любые распоряжения или ограничения, которые вы внесли в данный документ. Для этого достаточно заполнить новую доверенность. Кроме того, вы можете указать, что действие Доверенности на принятие решений о медицинской помощи истекает в определенный срок или при определенных обстоятельствах. В противном случае Доверенность на принятие решений о медицинской помощи будет бессрочной. Если вы выберете супругу или супруга в качестве своего первого или альтернативного представителя, то в случае последующего развода или раздельного жительства по решению суда такое назначение автоматически аннулируется. Однако если вы

захотите, чтобы ваша бывшая супруга или супруг остался вашим представителем, вы можете вписать соответствующее распоряжение в уже оформленную доверенность и проставить новую дату или заполнить новую доверенность на имя бывшей супруги или супруга.

Могут ли моего представителя по медицинской помощи привлечь к судебной ответственности за решения, принятые от моего имени?
Нет. Ваш представитель не несет судебной ответственности за решения о медицинской помощи, принятые добросовестно. Кроме того, он не несет никакой финансовой ответственности за оплату вашего лечения только в силу того, что является вашим представителем.

Равносильна ли Доверенность на принятие решений о медицинской помощи распоряжению об отключении средств жизнеобеспечения в случае заболевания в терминальной стадии?
Нет. Распоряжение об отключении средств жизнеобеспечения представляет собой документ, содержащий конкретные инструкции по поводу решений о медицинской помощи. Вы можете внести эти инструкции в Доверенность на принятие решений о медицинской помощи. Оформление этой доверенности дает вам возможность выбрать человека, которому вы доверяете принимать решения о медицинской помощи от вашего имени. В отличие от распоряжения об отключении средств жизнеобеспечения, назначение представителя по медицинской помощи не предполагает, что вы можете заранее предвидеть все решения, в принятии которых может возникнуть необходимость. Ваш представитель может толковать ваши пожелания по мере изменения медицинских показателей и принимать такие решения, необходимость в которых вы не могли предвидеть заранее.

Где хранить подписанную Доверенность на принятие решений о медицинской помощи?
Дайте по одному экземпляру доверенности своему представителю, врачу, адвокату и любым другим членам семьи или близким друзьям, по вашему желанию. Положите один экземпляр доверенности в бумажник или сумку или храните его вместе с другими важными документами, но не кладите его в такое место, к которому никто не имеет доступа, например, в личный или банковский сейф. Возьмите один экземпляр с собой, если вы ложитесь в больницу даже по поводу малой операции, или если вам предстоит амбулаторная операция.

Можно ли включить в Доверенность на принятие решений о медицинской помощи пожелания о пожертвовании органов и (или) тканей?
Да. Заполните необязательный раздел доверенности, касающийся пожертвования органов и тканей, и попросите двух свидетелей подписать его. Вы можете указать конкретное пожелание, чтобы ваши органы или ткани использовались для пересадки, в научно-исследовательских или учебных целях. Любые ограничения, связанные с вашими пожеланиями, должны быть вписаны в этот раздел доверенности. **Если вы не включите эти пожелания и распоряжения в Доверенность на принятие решений о медицинской помощи, то это не будет истолковано как ваше нежелание стать донором органов и (или) тканей.**

Может ли мой представитель по медицинской помощи принимать решения о пожертвовании органов и (или) тканей от моего имени?
Нет. Представитель по медицинской помощи не имеет права принимать решения от вашего имени после вашей смерти. Внесение соответствующих распоряжений в Доверенность на принятие решений о медицинской помощи позволяет вам ясно выразить свои пожелания относительно пожертвования органов и тканей.

Кто может дать согласие на пожертвование органов и тканей, если я решу не вписывать свои пожелания в доверенность данный момент?
Включение ваших пожеланий относительно пожертвования органов и тканей в доверенность важно для того, чтобы ваши близкие, к которым обратятся с этим вопросом, знали вашу позицию на этот счет. Однако по закону штата Нью-Йорк составлен список лиц, уполномоченных давать согласие на пожертвование органов и тканей от вашего имени. Эти лица перечислены в порядке убывающей значимости: супруг или супруга, сын или дочь от 18 лет, отец или мать, опекун, назначенный судом до смерти донора, а также любое другое уполномоченное законом лицо.

Инструкции по заполнению формы Доверенности на принятие решений о медицинской помощи

Пункт (1)
Впишите имя, фамилию, домашний адрес и телефон лица, которое вы выбрали своим представителем.

Пункт (2)
Если вы хотите назначить альтернативного представителя, впишите имя, фамилию, домашний адрес и телефон лица, которое вы выбрали своим альтернативным представителем.

Пункт (3)
Ваша Доверенность на принятие решений о медицинской помощи будет бессрочной, если вы не укажете срок или условия истечения ее действия. Этот раздел заполняется по желанию только в том случае, если вы хотите установить срок действия данного документа.

Пункт (4)
Если вы хотите дать своему представителю особые распоряжения, впишите их в этот раздел. Кроме того, если вы хотите каким-то образом ограничить полномочия своего представителя, то вы можете указать эти ограничения в данном разделе или обсудить их с ним устно. Если вы не укажете никаких ограничений, то ваш представитель будет иметь право принимать все решения, касающиеся медицинской помощи, которые вы сами могли бы принять, включая решение о том, давать ли согласие на использование средств жизнеобеспечения.

Если вы хотите предоставить своему представителю широкие полномочия, вы можете указать это в самой доверенности. Просто напишите: *«Я обсудил(а) свои пожелания как с первым, так и с альтернативным представителем по медицинской помощи, и мои пожелания, в том числе об искусственном кормлении, им известны».*

Если вы хотите отдать более конкретные распоряжения, вы можете написать:

«В случае заболевания в терминальной стадии я хочу (не хочу), чтобы применялись следующие виды лечения…»

«В случае комы или почти полной потери сознательного понимания окружающего, практически без всякой надежды на выздоровление, я хочу (не хочу), чтобы применялись следующие виды лечения…»

«Если вследствие церебральных нарушений или заболевания головного мозга я перестану узнавать окружающих и не смогу разговаривать, и не будет никакой надежды на улучшение моего состояния, я хочу (не хочу), чтобы применялись следующие виды лечения…»

«Я обсудил(а) со своим представителем свои пожелания относительно _____, и хочу, чтобы мой представитель принимал все решения, касающиеся этих процедур.

Примеры видов лечения, относительно которых вы можете пожелать отдать своему представителю специальные распоряжения, приводятся ниже. Это неполный список:

- искусственное дыхание;
- искусственное кормление (введение питательных веществ и воды через трубку);
- сердечно-легочная реанимация;
- психотропные препараты;
- электрошоковая терапия;
- антибиотики;
- хирургические процедуры;
- диализ;
- трансплантация;
- переливание крови;
- аборты;
- стерилизация.

Пункт (5)
Вы должны поставить в Доверенности на принятие решений о медицинской помощи дату и подпись. Если вы не в состоянии поставить свою подпись, вы можете поручить другому человеку расписаться в данном документе в вашем присутствии. Не забудьте указать свой адрес.

Пункт (6)
Вы также можете включить в эту доверенность свои пожелания или распоряжения относительно пожертвования органов и (или) тканей. Ваш представитель по медицинской помощи не может принять решение о пожертвовании органов и (или) тканей, так как его полномочия утрачивают силу после вашей смерти. Закон предусматривает право следующих лиц давать согласие на пожертвование органов и (или) тканей от вашего имени: супруг или супруга, сын или дочь от 18 лет, отец или мать, брат или сестра от 18 лет, опекун, назначенный судом до смерти донора, а также любое другое уполномоченное законом лицо.

Пункт (7)
Доверенность на принятие решений о медицинской помощи должны подписать двое свидетелей от 18 лет. Лицо, назначенное вашим первым или альтернативным представителем, не имеет права ставить свою подпись в качестве свидетеля.

Доверенность на принятие решений о медицинской помощи

(1) Я, _____

настоящим назначаю _____
(имя, фамилия, домашний адрес и телефон)

_____

_____

своим представителем по медицинской помощи с правом принятия от моего имени любых и всех решений, касающихся моего лечения, если мной не оговорены иные условия. Эта доверенность вступит в силу только в том случае и тогда, если и когда я не смогу самостоятельно принимать решения, касающиеся медицинской помощи.

(2) По желанию. Назначение альтернативного представителя

Если назначенное мной лицо будет не в состоянии, не захочет или не сможет действовать в качестве моего представителя по медицинской помощи, то я настоящим

назначаю _____
(имя, фамилия, домашний адрес и телефон)

_____

_____

своим представителем по вопросам медицинской помощи с правом принятия от моего имени любых и всех решений, касающихся моего лечения, если мной не оговорены иные условия.

(3) Если я не аннулирую настоящую доверенность и не укажу срок ее действия или обстоятельства, при которых она теряет силу, то настоящая доверенность будет действовать бессрочно. *(По желанию. Если вы хотите ограничить действие настоящей доверенности, укажите срок ее действия или условия, при которых она теряет силу, в данном разделе.)* Настоящая доверенность теряет силу *(укажите дату или условия):* _____

_____

_____

(4) По желанию. Я поручаю своему представителю по медицинской помощи принимать решения, касающиеся моего лечения, согласно моим пожеланиям и установленным мной ограничениям, о которых ему известно, или как указано ниже. *(Если вы хотите ограничить права вашего представителя принимать решения о медицинской помощи от вашего имени или отдать ему конкретные распоряжения, вы можете изложить свои пожелания и распоряжения в этом разделе.)* Я поручаю своему представителю принимать решения о медицинской помощи в рамках указанных ниже ограничений и (или) распоряжений *(если нужно, приложите дополнительные листы):* _____

_____

_____

Для того чтобы ваш представитель мог принимать решения от вашего имени об искусственном кормлении *(введении питательных веществ и воды через трубку и внутривенно)*, ему необходимо быть в достаточной мере знакомым с вашими желаниями на этот счет. Вы можете сообщить своему представителю эти желания устно или изложить их в данном разделе. Прочитайте инструкции по заполнению данной формы доверенности, чтобы использовать приведенные в них формулировки, если вы решите включить свои пожелания в данную доверенность, в том числе пожелания относительно искусственного кормления.

(5) Личные сведения о доверителе *(просьба писать печатными буквами)*

Имя, фамилия доверителя _____

Подпись доверителя _____ Дата _____

Адрес доверителя _____

(6) По желанию. Пожертвование органов и (или) тканей

Настоящим я приношу следующий анатомический дар, с условием исполнения моего желания после моей смерти:

(нужное пометьте крестиком)

❏ Любые необходимые органы и (или) ткани

❏ Следующие органы и (или) ткани _____

_____

❏ Ограничения _____

Если вы не укажете свои пожелания и распоряжения относительно пожертвования органов и (или) тканей в данной доверенности, то это не будет истолковано как ваше нежелание сделать такое пожертвование и не помешает уполномоченному законом лицу дать согласие на их пожертвование от вашего имени.

Подпись _____ Дата _____

(7) Заявление свидетелей *(Свидетели должны быть не моложе 18 лет; ваш первый или альтернативный представитель по медицинской помощи не может выступать в качестве свидетеля.)*

Я заявляю, что лицо, подписавшее настоящий документ, мне лично знакомо, находится в здравом уме и твердой памяти и действует по собственной воле. Он или она поставил(а) свою подпись (или попросил(а) другое лицо расписаться от его (ее) имени в данном документе в моем присутствии.

Дата _____

Имя, фамилия 1-го свидетеля
*(печатными буквами)*_____

Подпись _____

Адрес _____

_____

Дата _____

Имя, фамилия 2-го свидетеля
*(печатными буквами)*_____

Подпись _____

Адрес _____

_____

State of New York
Department of Health