မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ
(Request for Medication to End My Life)

သက်သေများ၏ ထွက်ဆိုကြေညာချက်

လူနာ၏ အမည်- ____ ("လူနာ")

ကျွန်ုပ် ________________________________ (သက်သေ 1 ၏ အမည်) နှင့်

ကျွန်ုပ် ________________________________ (သက်သေ 2 ၏ အမည်) တို့သည် "မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသော ပုဂ္ဂိုလ်မှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်ကြောင်း သီးခြားစီ ကြေညာအပ်ပါသည်-

1. ကျွန်ုပ် ကိုယ်တိုင်သိရှိသောသူ ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် အိုင်ဒီအထောက်အထားပြသပြီးသူ ဖြစ်သည်၊
2. ကျွန်ုပ်၏ ရှေ့မှောက်တွင် "မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" ကို မိမိဆန္ဒအလျောက် လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့သည် သို့မဟုတ် ၎င်းကိုယ်တိုင် လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ်အား အသိပေးပြောကြားခဲ့သည်၊ နှင့်
3. ကျွန်ုပ်၏ အကောင်းဆုံး အသိဉာဏ်နှင့် ယုံကြည်မှုအရ သူသည် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းရှိပြီး "မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် လက်မှတ်ထိုးရန် မည်သူ၏ အကျပ်ကိုင်မှုမျှ မပါဘဲ မိမိ၏ သဘောဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာ ပြုလုပ်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် "မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသည့် အချိန်၌ "မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏ တာဝန်ခံဆရာဝန် သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးရေး ဆရာဝန် သို့မဟုတ် "မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသူအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်း စိတ်ပိုင်းဖြတ်မှုကို ပေးခဲ့သော စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ မဟုတ်ပါ။

ဤနေရာတွင် ဖော်ပြထားသော ထွက်ဆိုချက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်းနှင့် မမှန်မကန် ဖော်ပြချက်များအတွက် ပြစ်ဒဏ်ထိုက်သင့်ကြောင်းကို မမှန်မကန် ထွက်ဆိုပါက ပြစ်ဒဏ်ခံယူမည်ဟူသော ကတိသစ္စာဖြင့် ကျွန်ုပ် ထပ်လောင်းကြေညာအပ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း ထပ်လောင်းကြေညာအပ်ပါသည်-

1. လူနာနှင့် သွေးရင်းသားရင်း၊ အိမ်ထောင်ရေး သို့မဟုတ် မွေးစားခြင်းအားဖြင့် တော်စပ်သူ၊
2. သေတမ်းစာအရဖြစ်စေ၊ ဥပဒေအရဖြစ်စေ လူနာကွယ်လွန်ချိန်တွင် ၎င်း၏ အမွေဥစ္စာ၏ မည်သည့်အစိတ်အပိုင်းကိုမျှ ရရှိရန် အခွင့်အရေးရှိသူ၊ ထို့ပြင် လူနာ၏ သေဆုံးမှုမှ ဘဏ္ဍာရေးအရ အကျိုးအမြတ်ရရှိနိုင်သည့် အခြေအနေတွင် ရှိသူ၊
3. လူနာ ဆေးကုသမှုခံယူနေသည့် သို့မဟုတ် နေထိုင်လျက်ရှိသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆေးရုံ/ဆေးခန်း၏ ပိုင်ရှင်၊ စီမံခန့်ခွဲသူ၊ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် သီးခြားကန်ထရိုက်တာ၊
4. အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၏ မိသားစု ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များဥပဒေ (Family Health Care Decisions Act)၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ (Public Health Law) ပုဒ်မ 2994-a(7) တွင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုထားသည့် လူနာ၏ အတူနေအိမ်ထောင်ဖက်၊
5. ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ ပုဒ်မ 2980(5)၊ လူနာ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ် လွှဲအပ်လွှာအရ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်၊ သို့မဟုတ်
6. အထွေထွေ တာဝန်ဝတ္တရားများဥပဒေ (General Obligations Law) ပုဒ်မ 5-1501(2)၊ လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်လွှဲစာအရ ကိုယ်စားလှယ်။

သက်သေ 1 ၏ လက်မှတ်- ________________________________ ရက်စွဲ- ____________

လိပ်စာ- ____

သက်သေ 2 ၏ လက်မှတ်- ________________________________ ရက်စွဲ- ____________

လိပ်စာ- ____

မိမိဘဝကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ

ကျွန်ုပ် ____ (လူနာ၏အမည်) သည် အရွယ်ရောက်ပြီးသူ နယူးယောက်ပြည်နယ် ဒေသခံတစ်ဦး ဖြစ်ပြီး သေစေနိုင်သော ရောဂါ သို့မဟုတ် ဝေဒနာတစ်ခုဖြစ်သော ____ (သေစေနိုင်သော ရောဂါ သို့မဟုတ် ဝေဒနာ၏ အမည်) ကို ခံစားနေရပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ခံဆရာဝန်က ဆုံးဖြတ်ထားပြီး တိုင်ပင်ဆွေးနွေးရေး ဆရာဝန်ကလည်း အတည်ပြုထားသည်မှာ ကျွန်ုပ်၏ သေစေနိုင်သော ရောဂါ သို့မဟုတ် ဝေဒနာသည် ပျောက်ကင်းအောင် ကုသ၍မရနိုင်သော၊ အခြေအနေ ပြန်လည်ကောင်းမွန်လာစေရန် ပြင်ဆင်၍မရနိုင်သော ရောဂါ သို့မဟုတ် ဝေဒနာဖြစ်ပြီး၊ သင့်တော်သော ဆေးပညာဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ကုသမှုခံယူသည်ဖြစ်စေ၊ မခံယူသည်ဖြစ်စေ ခြောက်လအတွင်း သေဆုံးစေမည် ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ခံဆရာဝန်၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးရေး ဆရာဝန်နှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူတို့က ကျွန်ုပ်တွင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းရှိကြောင်း သဘောတူလက်ခံကြပါသည်။ ၎င်းသည် အကျိုးကျေးဇူးများ၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုး အန္တရာယ်များနှင့် အခြားရွေးချယ်စရာများအပါအဝင် သေဆုံးစေရန် ဆေးဝါးအကူအညီရယူခြင်း (Medical Aid in Dying) ၏ သဘောသဘာဝနှင့် အကျိုးဆက်များကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ကြောင်း၊ ထို့ပြင် သေဆုံးစေရန် ဆေးဝါးအကူအညီရယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက်စုံလင်စွာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းနှင့် ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ခံဆရာဝန်ထံ အသိပေးပြောကြားနိုင်စွမ်း ကျွန်ုပ်တွင်ရှိကြောင်း ဆိုလိုပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ရောဂါအမည်နှင့် ရောဂါအခြေအနေ ခန့်မှန်းချက်၊ ညွှန်ကြားပေးမည့် ဆေးဝါး၏ သဘောသဘာဝနှင့် ဖြစ်လာနိုင်ခြေရှိသော ဆက်စပ်အန္တရာယ်များ၊ မျှော်မှန်းထားသည့် ရလဒ်၊ ဝေဒနာသက်သာစေရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဘဝနေဝင်ချိန် စောင့်ရှောက်မှုအပါအဝင် အခြားဆောင်ရွက်နိုင်သည့် ရွေးချယ်စရာများနှင့် ကုသမှုနည်းလမ်းများအကြောင်းကို ကျွန်ုပ်အား အပြည့်အဝ အသိပေးရှင်းလင်းပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ် သောက်သုံးရန် ရွေးချယ်ပါက ကျွန်ုပ်၏ဘဝကို အဆုံးသတ်ပေးမည်ဖြစ်သော ဆေးဝါးကို ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ခံဆရာဝန်မှ ညွှန်ကြားပေးပါရန် ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုအပ်ပါသည်။ ထို့ပြင် ကျွန်ုပ်၏ တောင်းဆိုချက်နှင့်ပတ်သက်၍ အခြားဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးကျွမ်းကျင်သူ မည်သူ့ကိုမဆို ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်ရန် ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ခံဆရာဝန်အား လုပ်ပိုင်ခွင့် ပေးအပ်ပါသည်။

တစ်ခုတွင် လက်မှတ်တို ထိုးပါ-

(________) ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုဝင် တစ်ဦးနှင့်အထက်ကို ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း အသိပေးထားပြီး ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် အသိပေးရန် ရည်ရွယ်ထားပါသည်။

(________) ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုဝင် မည်သူ့ကိုမျှ ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း အသိမပေးရန် ဆုံးဖြတ်ထားပါသည်။

(________) ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း အသိပေးရန် ကျွန်ုပ်တွင် မိသားစုဝင် မရှိပါ။

ကျွန်ုပ်သည် ဤတောင်းဆိုချက်ကို အချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းရန် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးသုံးစွဲမှုကို ငြင်းပယ်ရန် အခွင့်အရေးရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဤတောင်းဆိုချက်၏ အရေးပါမှုကို နားလည်ပြီး ညွှန်ကြားထားသည့် ဆေးဝါးကို သောက်သုံးပါက သေဆုံးမည်ဟု မျှော်လင့်ပါသည်။ ထို့ပြင် သေဆုံးမှု အများစုသည် သုံးနာရီအတွင်း ဖြစ်ပွားလေ့ရှိသော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ သေဆုံးမှုမှာ ထိုထက်ပို၍ ကြာမြင့်နိုင်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ခံဆရာဝန်သည် ဤဖြစ်နိုင်ခြေနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်အား အကြံပေးဆွေးနွေးထားပြီးကြောင်း ကျွန်ုပ် ထပ်လောင်းနားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဤတောင်းဆိုချက်ကို မည်သူ၏ အကျပ်ကိုင်မှုမျှ မပါဘဲ မိမိ၏ သဘောဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာ ပြုလုပ်ခြင်းဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ ပြုလုပ်ဆောင်ရွက်ချက်များအတွက် တာဝန်အပြည့်အဝ ယူပါသည်။

လက်မှတ်- ____ ရက်စွဲ- ____________

သက်သေ 1 (“သက်သေများ၏ ထွက်ဆိုကြေညာချက်” ကို ဤ “မိမိကိုယ်ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ”) နှင့်အတူ ပူးတွဲဖော်ပြသည်

လက်မှတ်- ____ ရက်စွဲ- ____________

အမည် (ပုံနှိပ်သုံးအမည်အပြည့်အစုံ)- ____

လိပ်စာ- ____

သက်သေ 2 (“သက်သေများ၏ ထွက်ဆိုကြေညာချက်” ကို ဤ “မိမိကိုယ်ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ”) နှင့်အတူ ပူးတွဲဖော်ပြသည်

လက်မှတ်- ____ ရက်စွဲ- ____________

အမည် (ပုံနှိပ်သုံးအမည်အပြည့်အစုံ)- ____

လိပ်စာ- ____

စကားပြန်၏ ထွက်ဆိုကြေညာချက် (သက်ဆိုင်ပါက)

လူနာ၏ အမည်- ____ ("လူနာ")

ကျွန်ုပ် ____ (စကားပြန်၏ အမည်)-

(အောက်ပါ ရွေးချယ်စရာ နှစ်ခုအနက် တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ)

☐ "မိမိဘ၀ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" စာရွက်စာတမ်းမှာ အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားဖြင့် ဖြစ်နေပြီး ပြောဆိုဆွေးနွေးမှုများ သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများ သို့မဟုတ် စကားပြန်ပါသော ပြောဆိုဆွေးနွေးမှုများ သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားဖြင့် ပြုလုပ်ခဲ့သော လူနာအတွက်- ကျွန်ုပ်သည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားနှင့် ____________________ ("ဦးတည်ပြန်ဆိုမည့် ဘာသာစကား") တို့ကို ကျွမ်းကျင်စွာ တတ်မြောက်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။ တာဝန်ခံ သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးရေး ဆရာဝန်နှင့် လူနာအကြား ပျံ့နှံ့ဖလှယ်သော အချက်အလက်များနှင့် ပြောဆိုဆက်ဆံမှုများကို ထိရောက်စွာ၊ တိကျစွာနှင့် ဘက်လိုက်မှုကင်းစွာ စကားပြန်လုပ်ပေးနိုင်ရန် လိုအပ်သော ဘာသာစကားနှင့် စကားပြန်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်မှုစွမ်းရည်များ ကျွန်ုပ်တွင် ရှိပါသည်။

ဆရာဝန်နှင့် လူနာအကြား ပြောဆိုဆက်ဆံမှုများနှင့် ဖလှယ်သော အချက်အလက်များကို ဘက်လိုက်မှုကင်းစွာ၊ ကျွန်ုပ်တွင်ရှိသမျှသော အသိဉာဏ်နှင့် ကျွမ်းကျင်မှုစွမ်းရည်တို့ဖြင့် အတိကျဆုံးနှင့် အပြည့်စုံဆုံး စကားပြန်ဆိုပေးခဲ့ပြီး "မိမိဘ၀ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" ကို ဦးတည်ပြန်ဆိုမည့် ဘာသာစကားဖြင့် လူနာအား ဖတ်ပြခဲ့ကြောင်း ______________________________ (ရက်စွဲ/အချိန်) တွင် ကျွန်ုပ် အတည်ပြုလက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

လူနာသည် "မိမိဘ၀ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် မည်သူ၏ အကျပ်ကိုင်မှုမျှ မပါဘဲ မိမိ၏ သဘောဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာ လက်မှတ်ရေးထိုးလိုသည့် ဆန္ဒကို ကျွန်ုပ်အား အတည်ပြုပြောကြားခဲ့ပါသည်။

☐ စကားပြော၊ အကြား သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံ မသန်စွမ်းမှုရှိသော လူနာအတွက်- ကျွန်ုပ်သည် လူနာနှင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်ရန်အပြင် တာဝန်ခံ သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးရေး ဆရာဝန်နှင့် လူနာအကြား ဖလှယ်သော အချက်အလက်များနှင့် ပြောဆိုဆက်ဆံမှုများကို ထိရောက်စွာ၊ တိကျစွာနှင့် ဘက်လိုက်မှုကင်းစွာ ဖတ်ပြနိုင်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ် စကားပြန်ဆိုပေးနိုင်ရန် လိုအပ်သော ဘာသာစကား၊ ဖတ်ရှုခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် စကားပြန်ခြင်းဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်မှုစွမ်းရည်များ ရှိကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

ဆရာဝန်နှင့် လူနာအကြား ပြောဆိုဆက်ဆံမှုများနှင့် ဖလှယ်သော အချက်အလက်များကို ဘက်လိုက်မှုကင်းစွာ၊ ကျွန်ုပ်တွင်ရှိသမျှသော အသိဉာဏ်နှင့် ကျွမ်းကျင်မှုစွမ်းရည်တို့ဖြင့် အတိကျဆုံးနှင့် အပြည့်စုံဆုံး စကားပြန်ဆိုပေးခဲ့ပြီး ထိရောက်သော ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု လိုအပ်သည့်နေရာများတွင် "မိမိဘ၀ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" ကို လူနာအား ဖတ်ပြခြင်း သို့မဟုတ် စကားပြန်ဆိုပေးခြင်းများ ပြုလုပ်ခဲ့ကြောင်း ______________________ (ရက်စွဲ/အချိန်) တွင် ကျွန်ုပ် အတည်ပြုလက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

လူနာသည် "မိမိဘ၀ကို အဆုံးစီရင်ရေးဆေးဝါး တောင်းဆိုလွှာ" တွင် မည်သူ၏ အကျပ်ကိုင်မှုမျှ မပါဘဲ မိမိ၏ သဘောဆန္ဒအလျောက် လွတ်လပ်စွာ လက်မှတ်ရေးထိုးလိုသည့် ဆန္ဒကို ကျွန်ုပ်အား အတည်ပြုပြောကြားခဲ့ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ မဟုတ်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်-

1. လူနာနှင့် သွေးရင်းသားရင်း၊ အိမ်ထောင်ရေး သို့မဟုတ် မွေးစားခြင်းအားဖြင့် တော်စပ်သူ၊
2. သေတမ်းစာအရဖြစ်စေ၊ ဥပဒေအရဖြစ်စေ လူနာကွယ်လွန်ချိန်တွင် လူနာ၏ အမွေဥစ္စာ၏ မည်သည့်အစိတ်အပိုင်းကိုမျှ ရရှိရန် အခွင့်အရေးရှိသူ၊ ထို့ပြင် လူနာ၏ သေဆုံးမှုမှ ဘဏ္ဍာရေးအရ အကျိုးအမြတ်ရရှိနိုင်သည့် အခြေအနေတွင် ရှိသူ၊
3. လူနာ ဆေးကုသမှုခံယူနေသည့် သို့မဟုတ် နေထိုင်လျက်ရှိသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆေးရုံ/ဆေးခန်း၏ ပိုင်ရှင်၊ စီမံခန့်ခွဲသူ၊ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် သီးခြားကန်ထရိုက်တာ၊ သို့မဟုတ် အဆိုပါ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတွင် ကျွန်ုပ်၏အလုပ်တာဝန်အဖြစ် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှု ပေးနေခြင်း၊ သို့မဟုတ် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးနိုင်ရန် သင်တန်းတက်ရောက်ထားပြီး ဤထွက်ဆိုကြေညာချက်တွင် ဖော်ပြထားသော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှု ပေးပါရန် လူနာက ကျွန်ုပ်အား တောင်းဆိုခဲ့ခြင်း၊
4. အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၏ မိသားစု ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များဥပဒေ (Family Health Care Decisions Act)၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ (Public Health Law) ပုဒ်မ 2994-a(7) တွင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုထားသည့် လူနာ၏ အတူနေအိမ်ထောင်ဖက်၊
5. ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ ပုဒ်မ 2980(5)၊ လူနာ၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ် လွှဲအပ်လွှာအရ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်၊ သို့မဟုတ်
6. အထွေထွေ တာဝန်ဝတ္တရားများဥပဒေ (General Obligations Law) ပုဒ်မ 5-1501(2)၊ လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်လွှဲစာအရ ကိုယ်စားလှယ်။

ဤထွက်ဆိုကြေညာချက်သည် မှန်ကန်ကြောင်းနှင့် ဤထွက်ဆိုကြေညာချက်တွင် မမှန်မကန် ဖော်ပြချက်များသည် ပြစ်ဒဏ်ထိုက်သင့်ကြောင်းကို မမှန်မကန် ထွက်ဆိုပါက ပြစ်ဒဏ်ခံယူမည်ဟူသော ကတိသစ္စာဖြင့် ကျွန်ုပ် ထပ်လောင်းကြေညာအပ်ပါသည်။

စီမံဆောင်ရွက်သည့်နေရာ- ______________________________________ (မြို့၊ ကောင်တီနှင့် ပြည်နယ်)

လက်မှတ်- ______________________________________ ရက်စွဲ- ______________

အမည် (ပုံနှိပ်သုံးအမည်အပြည့်အစုံ)- ______________________________________

စကားပြန် တက်ရောက်ခဲ့သော ကျောင်း- ______________________________________

စကားပြန် တက်ရောက်ခဲ့သော ကျောင်း၏ လိပ်စာ- ______________________________________

စကားပြန် ပြောဆိုသော ဦးတည်ပြန်ဆိုမည့် ဘာသာစကား- ______________________________________