

Oświadczenie świadków

Imię i nazwisko pacjenta: _____ („Pacjent”)

Ja, _____ (imię i nazwisko świadka 1), oraz

ja, _____ (imię i nazwisko świadka 2),

oświadczamy, że osoba podpisująca niniejszy „Wniosek o środek powodujący śmierć”:

1. jest mi znana osobiście lub okazała mi dowód tożsamości;
2. dobrowolnie podpisała „Wniosek o środek powodujący śmierć” w mojej obecności lub potwierdziła mi jego podpisanie;
3. wedle mojej najlepszej wiedzy i przekonania ma zdolność do podejmowania decyzji i składa „Wniosek o środek powodujący śmierć” dobrowolnie.

Nie jestem lekarzem prowadzącym ani lekarzem konsultującym osoby podpisującej „Wniosek o środek powodujący śmierć”, ani też specjalistą ds. zdrowia psychicznego, który wydał orzeczenie o zdolności do podejmowania decyzji osoby podpisującej „Wniosek o środek powodujący śmierć” w momencie podpisywania „Wniosku o środek powodujący śmierć”.

Ponadto oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że zawarte w niniejszym dokumencie oświadczenia są prawdziwe, a ewentualne złożone w nim fałszywe oświadczenia podlegają karze.

Ponadto oświadczam, że nie jestem:

1. związany(-a) z Pacjentem więzami krwi, małżeństwa ani adopcji;
2. uprawniony(-a) do żadnej części majątku Pacjenta po jego śmierci na podstawie testamentu lub z mocy prawa i nie mam innej możliwości odniesienia korzyści finansowych ze śmierci Pacjenta;
3. właścicielem, operatorem, pracownikiem ani niezależnym wykonawcą placówki opieki zdrowotnej, w której Pacjent otrzymuje leczenie lub jest rezydentem;
4. partnerem życiowym Pacjenta, zgodnie z definicją zawartą w Ustawie stanu Nowy Jork o decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej rodziny (Family Health Care Decisions Act), art. 2994-a(7) Ustawy o zdrowiu publicznym (Public Health Law);
5. osobą upoważnioną do podejmowania decyzji na mocy upoważnienia dotyczącego opieki zdrowotnej na podstawie Ustawy o zdrowiu publicznym, art. 2980(5);
6. pełnomocnikiem działającym na podstawie pełnomocnictwa Pacjenta, zgodnie z Ustawą o zobowiązaniach ogólnych (General Obligations Law), art. 5-1501(2).

Podpis świadka 1: _____ Data: _____

Adres: _____

Podpis świadka 2: _____ Data: _____

Adres: _____

Wniosek o środek powodujący śmierć

Ja, _____ (imię i nazwisko pacjenta), jestem dorosłym mieszkańcem stanu Nowy Jork, u którego zdiagnozowano chorobę terminalną lub stan terminalny _____ (nazwa choroby terminalnej lub stanu terminalnego). Mój lekarz prowadzący stwierdził, a lekarz konsultujący potwierdził, że moja choroba terminalna lub stan terminalny są nieuleczalne oraz nieodwracalne i według rozsądnej oceny lekarskiej spowodują śmierć w ciągu sześciu miesięcy, niezależnie od tego, czy zostaną poddane leczeniu.

Mój lekarz prowadzący, lekarz konsultujący oraz specjalista ds. zdrowia psychicznego uznali, że mam zdolność do podejmowania decyzji, co oznacza, że rozumiem charakter oraz konsekwencje pomocy medycznej w umieraniu (Medical Aid in Dying) i zdaję sobie z nich sprawę, w tym z korzyści, ryzyka i alternatyw, a także że mam zdolność do podjęcia świadomej decyzji w sprawie pomocy medycznej w umieraniu i poinformowania o swojej decyzji lekarza prowadzącego.

Poinformowano mnie w pełni o mojej diagnozie i rokowaniu, rodzaju przepisanego środka i potencjalnych ryzykach z nim związanych, oczekiwanych wynikach oraz możliwych alternatywach i opcjach leczenia, obejmujących między innymi opiekę paliatywną i hospicyjną.

Proszę, aby mój lekarz prowadzący przepisał mi środek, który – jeśli zdecyduję się go przyjąć – spowoduje moją śmierć, i upoważniam mojego lekarza prowadzącego do skontaktowania się z innym lekarzem lub farmaceutą w sprawie mojego wniosku.

Parafować jedną z poniższych opcji:

(_____) Poinformowałem(-am) lub zamierzam poinformować co najmniej jednego członka mojej rodziny o swojej decyzji.

(_____) Postanowiłem(-am) nie informować żadnego członka rodziny o swojej decyzji.

(_____) Nie mam rodziny, którą można by poinformować o mojej decyzji.

Rozumiem, że mam prawo w każdej chwili wycofać ten wniosek lub odmówić przyjęcia środka.

Rozumiem wagę tego wniosku i spodziewam się, że umrę, jeśli przyjmę przepisany środek. Ponadto rozumiem, że chociaż większość zgonów następuje w ciągu trzech godzin, w moim przypadku może on potrwać dłużej. Mój lekarz prowadzący poinformował mnie o takiej możliwości.

Wniosek ten składam dobrowolnie i przyjmuję pełną odpowiedzialność za swoje działania.

Podpis: _____ Data: _____

Świadek 1 („Oświadczenie świadków” jest załączone do niniejszego „Wniosku o środek powodujący śmierć”)

Podpis: _____ Data: _____

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Adres: _____

Świadek 2 („Oświadczenie świadków” jest załączone do niniejszego „Wniosku o środek powodujący śmierć”)

Podpis: _____ Data: _____

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Adres: _____

Oświadczenie tłumacza (jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko pacjenta: _____ („Pacjent”)

Ja, _____ (imię i nazwisko tłumacza):

(zaznaczyć jedną z dwóch poniższych opcji)

- ☐ w przypadku Pacjenta, którego rozmowy lub konsultacje bądź tłumaczone rozmowy lub konsultacje były prowadzone w języku innym niż angielski, a „Wniosek o środek powodujący śmierć” jest w języku angielskim: Oświadczam, że biegłe posługuję się językiem angielskim i _____ („Językiem docelowym”). Mam niezbędne umiejętności językowe i tłumaczeniowe, aby móc skutecznie, dokładnie i bezstronnie tłumaczyć przekazywane informacje i komunikację między lekarzem prowadzącym lub konsultującym a Pacjentem.

Niniejszym oświadczam, że _____ (data/godzina) przetłumaczyłem(-am) komunikację i informacje przekazywane między lekarzem a Pacjentem bezstronnie, dokładnie oraz kompletnie według swojej najlepszej wiedzy i umiejętności, a także przeczytałem Pacjentowi „Wniosek o środek powodujący śmierć” w języku docelowym.

Pacjent potwierdził mi chęć podpisania „Wniosku o środek powodujący śmierć” dobrowolnie.

- ☐ w przypadku Pacjenta z niepełnosprawnością mowy, słuchu lub wzroku: Oświadczam, że mam niezbędne umiejętności językowe, w zakresie czytania i/lub tłumaczenia pozwalające na komunikację z Pacjentem oraz na skuteczne, dokładne i bezstronne czytanie i/lub tłumaczenie przekazywanych informacji oraz komunikacji pomiędzy lekarzem prowadzącym lub konsultującym a Pacjentem.

Niniejszym oświadczam, że _____ (data/godzina) przetłumaczyłem(-am) komunikację i informacje przekazywane między lekarzem a Pacjentem bezstronnie, dokładnie oraz kompletnie według swojej najlepszej wiedzy i umiejętności, a także – jeżeli było to potrzebne do skutecznej komunikacji – przeczytałem(-am) lub przetłumaczyłem(-am) Pacjentowi „Wniosek o środek powodujący śmierć”.

Pacjent potwierdził mi chęć podpisania „Wniosku o środek powodujący śmierć” dobrowolnie.

Oświadczam, że nie jestem:

1. związany(-a) z Pacjentem więzami krwi, małżeństwa ani adopcji;
2. uprawniony(-a) do żadnej części majątku Pacjenta po jego śmierci na podstawie testamentu lub z mocy prawa i nie mam innej możliwości odniesienia korzyści finansowych ze śmierci Pacjenta;
3. właścicielem, operatorem, pracownikiem ani niezależnym wykonawcą placówki opieki zdrowotnej, w której Pacjent otrzymuje leczenie lub jest rezydentem; a także że nie świadczę usług tłumaczeniowych w ramach obowiązków służbowych w takiej placówce opieki zdrowotnej oraz że zostałem przeszkolony(-a) w zakresie świadczenia usług tłumaczenia ustnego, a Pacjent poprosił o świadczenie przeze mnie usług tłumaczenia ustnego do celów wskazanych w niniejszym Oświadczeniu;
4. partnerem życiowym Pacjenta, zgodnie z definicją zawartą w Ustawie stanu Nowy Jork o decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej rodziny (Family Health Care Decisions Act), art. 2994-a(7) Ustawy o zdrowiu publicznym (Public Health Law);
5. osobą upoważnioną do podejmowania decyzji na mocy upoważnienia dotyczącego opieki zdrowotnej na podstawie Ustawy o zdrowiu publicznym, art. 2980(5);
6. pełnomocnikiem działającym na podstawie pełnomocnictwa Pacjenta, zgodnie z ustawą o zobowiązaniach ogólnych (General Obligations Law), art. 5-1501(2).

Ponadto oświadczam, że niniejsza Deklaracja jest zgodna z prawdą i prawidłowa, a fałszywe oświadczenia zawarte w niniejszej Deklaracji podlegają karze za krzywoprzysięstwo.

Podpisano: _____ (miejscowość, hrabstwo i stan)

Podpis: _____ Data: _____

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Instytucja, w której został przeszkolony tłumacz: _____

Adres instytucji, w której został przeszkolony tłumacz: _____

Język docelowy używany przez tłumacza: _____