

Tuyên Bố Của Nhân Chứng

Tên bệnh nhân: _____ ("Bệnh nhân")

Tôi, _____ (Tên Nhân Chứng 1) và

tôi, _____ (Tên Nhân Chứng 2), mỗi người xin

tuyên bố rằng người ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" này:

1. là người mà cá nhân tôi biết rõ hoặc đã cung cấp giấy tờ chứng minh danh tính;
2. đã tự nguyện ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" trước sự chứng kiến của tôi hoặc đã xác nhận với tôi rằng họ đã ký văn bản này; và
3. theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi, có năng lực ra quyết định và đang tự nguyện đưa ra "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi", theo ý chí của chính mình và không bị ép buộc ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi".

Tôi không phải là bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ tư vấn của người ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi", cũng không phải là chuyên gia sức khỏe tâm thần đã đưa ra kết luận về năng lực ra quyết định của người ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" tại thời điểm văn bản này được ký.

Tôi xin tuyên bố thêm, với nhận thức rằng hành vi khai man có thể bị xử phạt, rằng các tuyên bố trong văn bản này là đúng sự thật và chính xác và các tuyên bố sai sự thật trong văn bản này có thể bị xử phạt.

Tôi xin tuyên bố thêm rằng tôi không phải là:

1. người có quan hệ với Bệnh Nhân theo huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ nhận con nuôi;
2. người có quyền hưởng bất kỳ phần nào trong di sản của Bệnh Nhân sau khi Bệnh Nhân qua đời theo bất kỳ di chúc nào hoặc theo quy định của pháp luật và tôi cũng không ở vị trí nào khác có thể hưởng lợi về tài chính từ việc Bệnh Nhân qua đời;
3. chủ sở hữu, người điều hành, nhân viên hoặc nhà thầu độc lập của cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi Bệnh Nhân đang được điều trị hoặc đang cư trú;
4. bạn đời sống chung của Bệnh Nhân, theo định nghĩa trong Đạo Luật Về Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Gia Đình Của New York (Family Health Care Decisions Act), Điều 2994-a(7) của Luật Y Tế Công Cộng (Public Health Law);
5. người đại diện chăm sóc sức khỏe theo văn bản ủy quyền chăm sóc sức khỏe của Bệnh Nhân, Điều 2980(5) của Luật Y Tế Công Cộng; hoặc
6. người đại diện theo giấy ủy quyền của Bệnh Nhân, Điều 5-1501(2) của Luật Nghĩa Vụ Chung (General Obligations Law).

Chữ Ký Của Nhân Chứng 1: _____ Ngày: _____

Địa Chỉ: _____

Chữ Ký Của Nhân Chứng 2: _____ Ngày: _____

Địa Chỉ: _____

Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi

Tôi, _____ (Tên bệnh nhân), là người trưởng thành cư trú tại Tiểu Bang New York và đã được chẩn đoán mắc _____ (Tên bệnh hoặc tình trạng bệnh giai đoạn cuối), là một bệnh hoặc tình trạng bệnh giai đoạn cuối. Bác sĩ điều trị của tôi đã xác định, và một bác sĩ tư vấn đã xác nhận, rằng bệnh hoặc tình trạng bệnh giai đoạn cuối của tôi là không thể chữa khỏi và không thể hồi phục, mà theo nhận định y khoa hợp lý sẽ dẫn đến tử vong trong vòng sáu tháng, bất kể có được điều trị hay không.

Bác sĩ điều trị, bác sĩ tư vấn và một chuyên gia sức khỏe tâm thần đều đồng ý rằng tôi có năng lực ra quyết định, nghĩa là tôi hiểu và nhận thức được bản chất cũng như hậu quả của việc Hỗ Trợ Y Tế Để Qua Đời, bao gồm cả các lợi ích, rủi ro và phương án thay thế, đồng thời tôi có khả năng đưa ra quyết định sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về việc Hỗ Trợ Y Tế Để Qua Đời (Medical Aid in Dying) và truyền đạt quyết định của mình cho bác sĩ điều trị.

Tôi đã nhận được thông tin đầy đủ về chẩn đoán và tiên lượng bệnh của mình, bản chất của loại thuốc sẽ được kê và các rủi ro tiềm ẩn liên quan, kết quả dự kiến, cũng như các phương án thay thế và lựa chọn điều trị khả thi, bao gồm nhưng không giới hạn ở chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời.

Tôi yêu cầu bác sĩ điều trị kê loại thuốc sẽ kết thúc cuộc đời tôi nếu tôi lựa chọn sử dụng thuốc đó và tôi cho phép bác sĩ điều trị liên hệ với một bác sĩ khác hoặc bất kỳ dược sĩ nào về yêu cầu của tôi.

Ký Tắt Vào Một Mục:

(_____) Tôi đã thông báo hoặc dự định thông báo cho một hoặc nhiều thành viên trong gia đình về quyết định của mình.

(_____) Tôi đã quyết định không thông báo cho bất kỳ thành viên nào trong gia đình về quyết định của mình.

(_____) Tôi không có thành viên gia đình nào để thông báo về quyết định của mình.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút lại yêu cầu này hoặc từ chối sử dụng thuốc vào bất kỳ thời điểm nào.

Tôi hiểu tầm quan trọng của yêu cầu này và hiểu rằng tôi sẽ tử vong nếu sử dụng loại thuốc sẽ được kê. Tôi cũng hiểu rằng mặc dù phần lớn trường hợp tử vong xảy ra trong vòng ba giờ, việc tôi tử vong có thể mất nhiều thời gian hơn và bác sĩ điều trị đã tư vấn cho tôi về khả năng này.

Tôi tự nguyện đưa ra yêu cầu này, theo ý chí của chính mình và không bị ép buộc, đồng thời tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm về hành động của mình.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Nhân Chứng 1 ("Tuyên Bố Của Nhân Chứng" được đính kèm với "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" này)

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Tên (Viết In Hoa): _____

Địa Chỉ: _____

Nhân Chứng 2 ("Tuyên Bố Của Nhân Chứng" được đính kèm với "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" này)

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Tên (Viết In Hoa): _____

Địa Chỉ: _____

Tuyên Bố Của Thông Dịch Viên (Nếu áp dụng)

Tên bệnh nhân: _____ ("Bệnh Nhân")

Tôi, _____ (Tên Thông Dịch Viên):

(Chọn một trong hai lựa chọn dưới đây)

- ☐ Đối với Bệnh Nhân có các cuộc trao đổi hoặc buổi tư vấn hoặc các cuộc trao đổi hoặc buổi tư vấn có thông dịch, được thực hiện bằng ngôn ngữ không phải tiếng Anh và "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" được lập bằng tiếng Anh: Tôi tuyên bố rằng tôi thông thạo tiếng Anh và _____ ("Ngôn Ngữ Đích"). Tôi có đủ năng lực ngôn ngữ và kỹ năng thông dịch cần thiết để có thể thông dịch một cách hiệu quả, chính xác và khách quan các thông tin được chia sẻ và nội dung trao đổi giữa bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ tư vấn và Bệnh Nhân.

Tôi xác nhận rằng vào _____ (Ngày/Giờ), tôi đã thông dịch một cách khách quan và, theo hiểu biết và khả năng tốt nhất của mình, chính xác và đầy đủ các nội dung trao đổi và thông tin được truyền đạt giữa bác sĩ và Bệnh Nhân, đồng thời đã đọc "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" cho Bệnh Nhân bằng Ngôn Ngữ Đích.

- ☐ Bệnh nhân đã xác nhận với tôi mong muốn tự nguyện ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi", theo ý chí của chính Bệnh Nhân và không bị ép buộc.

Đối với Bệnh Nhân có khuyết tật về khả năng nói, nghe hoặc nhìn: Tôi tuyên bố rằng tôi có đủ năng lực ngôn ngữ, kỹ năng đọc và/hoặc kỹ năng thông dịch cần thiết để giao tiếp với Bệnh Nhân và có thể đọc và/hoặc thông dịch một cách hiệu quả, chính xác và khách quan các thông tin được chia sẻ và nội dung trao đổi giữa bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ tư vấn và Bệnh Nhân.

Tôi xác nhận rằng vào _____ (Ngày/Giờ), tôi đã thông dịch một cách khách quan và, theo hiểu biết và khả năng tốt nhất của mình, chính xác và đầy đủ các nội dung trao đổi và thông tin được truyền đạt giữa bác sĩ và Bệnh Nhân và, khi cần thiết để bảo đảm giao tiếp hiệu quả, đã đọc hoặc thông dịch "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi" cho Bệnh Nhân.

Bệnh Nhân đã xác nhận với tôi mong muốn tự nguyện ký "Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi", theo ý chí của chính Bệnh Nhân và không bị ép buộc.

"Yêu Cầu Cấp Thuốc Để Kết Thúc Cuộc Đời Tôi"

1. người có quan hệ với Bệnh Nhân theo huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ nhận con nuôi;
2. người có quyền hưởng bất kỳ phần nào trong di sản của Bệnh Nhân sau khi Bệnh Nhân qua đời theo bất kỳ di chúc nào hoặc theo quy định của pháp luật, và tôi cũng không ở vị trí nào khác có thể hưởng lợi về tài chính từ việc Bệnh Nhân qua đời;
3. chủ sở hữu, người điều hành, nhân viên hoặc nhà thầu độc lập của cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi Bệnh Nhân đang được điều trị hoặc đang cư trú; hoặc tôi cung cấp dịch vụ thông dịch trong phạm vi mô tả công việc của mình tại cơ sở chăm sóc sức khỏe đó; hoặc tôi đã được đào tạo để cung cấp dịch vụ thông dịch và Bệnh Nhân đã yêu cầu tôi cung cấp dịch vụ thông dịch cho các mục đích nêu trong Tuyên Bố này;
4. bạn đời sống chung của Bệnh Nhân, theo định nghĩa trong Đạo Luật Về Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Gia Đình Của New York (Family Health Care Decisions Act), Điều 2994-a(7) của Luật Y Tế Công Cộng (Public Health Law);
5. người đại diện chăm sóc sức khỏe theo văn bản ủy quyền chăm sóc sức khỏe của Bệnh Nhân, Điều 2980(5) của Luật Y Tế Công Cộng; hoặc
6. người đại diện theo giấy ủy quyền của Bệnh Nhân, Điều 5-1501(2) của Luật Nghĩa Vụ Chung.

Tôi xin tuyên bố thêm rằng Tuyên Bố này là đúng sự thật, chính xác và các tuyên bố sai sự thật trong Tuyên Bố này có thể bị xử phạt theo quy định về hành vi khai man.

Lập tại: _____ (Thành Phố, Quận và Tiểu Bang)

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Tên (Viết In Hoa): _____

Cơ sở nơi Thông Dịch Viên được đào tạo: _____

Địa chỉ của cơ sở nơi Thông Dịch Viên được đào tạo: _____

Ngôn Ngữ Đích Mà Thông Dịch Viên Sử Dụng: _____