ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਅਗਾਊਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਟਿਕਾਊ ਮੁਖਤਿਆਰਨਾਮਾ

ਇਹ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

HENRY FORD HEALTH℠

hap®

henryford.com

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪੰਜ ਭਾਗ ਹਨ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਮਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ:

ਭਾਗ 1: ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ।

ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਖੁਦ ਲੈਣ ਦੇ ਅਯੋਗ ਹੋ।

ਭਾਗ 2: ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਖੁਦ ਕਰੋ।

ਇਹ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਜੋ ਲੋਕ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੰਨੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਦੱਸ ਸੱਕਦੇ।

ਭਾਗ 3: ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।

ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ 'ਤੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਭਾਗ 4: ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਬਣਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਪੰਨਾ 8 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।

ਭਾਗ 5: ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਚੋਣਾਂ ਕਰਨ ਦਿਓ (ਵਿਕਲਪਕ)।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵਿਕਲਪ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
ਇੱਥੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ:

____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ):

_____________ / _____________ / _____________

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦਾ ਨਾਮ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ **ਭਾਗ 1** 'ਤੇ ਜਾਓ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੇਵਲ ਆਪਣੀਆਂ ਖੁਦ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ **ਭਾਗ 2** 'ਤੇ ਜਾਓ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦੋਵੇਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ **ਭਾਗ 1** ਅਤੇ **ਭਾਗ 2** ਭਰੋ।

ਕੇਵਲ ਉਹਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਭਰੋ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।
ਹਮੇਸ਼ਾਂ **ਭਾਗ 3** ਵਿੱਚ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।
ਭਾਗ 3 'ਤੇ ਦੋ ਗਵਾਹਾਂ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਅਤੇ ਹਰ ਕਿਸੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕੀ ਕਰਾਂ?

ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ
- ਡਾਕਟਰ
- ਨਰਸਾਂ
- ਸਮਾਜ ਸੇਵਕ
- ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤ

ਆਪਣੇ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਕਿਸੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖੋ।

ਜੇ ਮੇਰਾ ਮਨ ਬਦਲ ਜਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

- ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੋਲੀ ਗਈ ਇੱਛਾ ਦਾ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੁਆਰਾ ਸਨਮਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਪਾਏ ਗਏ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀ ਹੋਵੇ।
- ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹੈ।
- ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।
- ਨਵਾਂ ਫਾਰਮ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਦਿਓ।

ਜੇ ਫਾਰਮ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਨਰਸਾਂ, ਸਮਾਜ ਸੇਵਕਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ, ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਕੋਲ ਲਿਆਓ।

ਜੇ ਮੈਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਹਨ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

- ਕਾਗਜ਼ ਦੇ ਇੱਕ ਟੁਕੜੇ 'ਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖੋ।
- ਕਾਗਜ਼ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਰੱਖੋ।
- ਆਪਣੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਭਾਗ 1: ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ

ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ।

ਮੈਨੂੰ ਆਪਣਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਬਣਨ ਲਈ ਕਿਸ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?

ਇੱਕ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਦੋਸਤ ਜੋ:

- ਘੱਟੋ ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣਦਾ ਹੈ
- ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉੱਥੇ ਮੌਜੂਦ ਹੋਣ
- ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਕਰਨ ਲਈ ਭਰੋਸਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹੈ
- ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਲਏ ਗਏ ਫੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸ ਸੱਕੇ

ਜੇ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸਾਂ ਵਿਚੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਕਹਿਣਗੇ।
ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ ਕੋਈ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਜੱਜ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੇਰਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ?

ਸਹਿਮਤ ਹੋਵੇ, ਨਾ ਕਹੋ, ਬਦਲੋ, ਰੋਕੋ ਜਾਂ ਚੁਣੋ:

- ਡਾਕਟਰ, ਨਰਸਾਂ, ਸਮਾਜ ਸੇਵਕਾਂ
- ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਕਲੀਨਿਕ
- ਦਵਾਈਆਂ, ਜਾਂਚਾਂ, ਜਾਂ ਇਲਾਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡੇ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਅਤੇ ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਹ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ:

- ਹੋਰ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣਾ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਣਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ
- ਇਹਨਾਂ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣਾ

ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਭਾਗ 2 ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।

ਉਹ ਫ਼ੈਸਲੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਬਾਰੇ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜਾਂ

(ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਭਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਜਿਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ)

CPR ਜਾਂ ਕਾਰਡੀਓਪਲਮੋਨਰੀ ਰੀਸਸੀਟੇਸ਼ਨ (Cardiopulmonary Resuscitation)

ਕਾਰਡੀਓ = ਦਿਲ
ਪਲਮੋਨਰੀ = ਫੇਫੜੇ
ਰੀਸਸੀਟੇਸ਼ਨ = ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ

ਇਸ ਵਿੱਚ ਨਿਮਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ਆਪਣੇ ਖੂਨ ਨੂੰ ਪੰਪ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਛਾਤੀ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਦਬਾਓ
- ਤੁਹਾਡੇ ਦਿਲ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਬਿਜਲੀ ਦੇ ਝਟਕੇ
- ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਦਵਾਈਆਂ

ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ ਜਾਂ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ

ਮਸ਼ੀਨ ਤੁਹਾਡੇ ਫੇਫੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਵਾ ਨੂੰ ਪੰਪ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਹ ਦੇਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮਸ਼ੀਨ 'ਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

ਡਾਇਲਿਸਿਸ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁਰਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਇੱਕ ਮਸ਼ੀਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਖ਼ੂਨ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਭੋਜਨ ਟਿਊਬ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਗਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੋਜਨ ਦੇਣ ਲਈ ਟਿਊਬ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ।
ਟਿਊਬ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਗਲੇ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਖ਼ੂਨ ਚੜ੍ਹਾਉਣਾ

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਖ਼ੂਨ ਪਾਉਣ ਲਈ।

ਸਰਜਰੀ

ਦਵਾਈਆਂ

ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਲਦੀ ਹੀ ਮਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਹ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ:

- ਇੱਕ ਅਧਿਆਤਮਕ ਗੁਰੂ ਨੂੰ ਬੁਲਾ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ
- ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗੀ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ

ਭਾਗ 1: ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ

ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲਵੇ ਅਤੇ ਮੇਰਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਬਣੇ।

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ | ਆਖਰੀ ਨਾਮ

ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ | ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ | ਕੰਮ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ | ਸੈੱਲ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

ਜੇ ਪਹਿਲਾ/ਲੀ ਵਿਅਕਤੀ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲੇ ਲਵੇ ਅਤੇ ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਬਣੇ।

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ | ਆਖਰੀ ਨਾਮ

ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ | ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ | ਕੰਮ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ | ਸੈੱਲ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਹਨਾਂ ਚੋਣਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੇ? ਉਸ ਇੱਕ ਵਾਕ ਦੇ ਅੱਗੇ X ਲਾਓ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

☐ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰੇ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੇ। ਮੇਰੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਵਾਸਤੇ ਇੱਕ ਆਮ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਵਜੋਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਮੇਰੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਠੀਕ ਹੈ।

ਭਾਵੇਂ ਇੱਕ ਆਮ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਵਜੋਂ ਮੇਰੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਠੀਕ ਹੈ, ਕੁਝ ਵਿਕਲਪ ਹਨ ਜੋ ਮੈਂ ਬਦਲਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ:

____

____

____

☐ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਮੇਰੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਦੀ ਬਿਲਕੁਲ ਪਾਲਣਾ ਕਰੇ। ਮੈਂ ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਮੇਰੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲੇ, ਭਾਵੇਂ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਮੇਰੇ ਲਈ ਚੰਗਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਆਪਣੀਆਂ ਖੁਦ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਕਰਨ ਲਈ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ **ਭਾਗ 2** 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ **ਭਾਗ 3** 'ਤੇ ਜਾਓ। ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਭਾਗ 4** 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਭਾਗ 2: ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਖੁਦ ਕਰੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਉਂਦਾ ਰੱਖਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ CPR, ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ, ਭੋਜਨ ਟਿਊਬ, ਡਾਇਲਸਿਸ, ਖ਼ੂਨ ਚੜ੍ਹਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਲਿਖੋ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਾ ਲਗਾਉਣਾ ਪਵੇ।

ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚੋ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਚੀਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਜੀਉਣ ਯੋਗ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਕੇਵਲ ਤਾਂ ਹੀ ਜਿਉਣ ਯੋਗ ਹੈ ਜੇ ਮੈਂ ਇਹ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ:

ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਵਾਕਾਂ ਦੇ ਅੱਗੇ X ਲਾਓ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

☐ ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ

☐ ਕੋਮਾ ਤੋਂ ਜਾਗੋ

☐ ਭੋਜਨ ਖਾਣਾ, ਨਹਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨਾ

☐ ਦਰਦ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਰਹੋ

☐ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਬਿਨਾਂ ਜੀਓ

☐ ਮੈਨੂੰ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ

<<ਜਾਂ>>

☐ **ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਹਮੇਸ਼ਾ ਜਿਉਣ ਯੋਗ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਚਾਹੇ ਮੈਂ ਕਿੰਨਾ/ਨੀ ਵੀ ਬਿਮਾਰ ਕਿਉਂ ਨਾ ਹੋਵਾਂ।**

ਜੇ ਮੈਂ ਇਨ੍ਹਾਂ/ਇਨ੍ਹੀ ਬਿਮਾਰ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਜਲਦੀ ਹੀ ਮਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ:

ਉਸ ਇੱਕ ਵਾਕ ਦੇ ਅੱਗੇ X ਲਾਓ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ। ਆਪਣੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਪੂਰੇ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ।

☐ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ ਜੋ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਲਾਜ **ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ** ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੋਣ ਦੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਉਮੀਦ ਹੈ, **ਤਾਂ ਮੈਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਮਸ਼ੀਨਾਂ** 'ਤੇ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

☐ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ ਜੋ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਲਾਜ **ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ** ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੋਣ ਦੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਉਮੀਦ ਹੈ, **ਤਾਂ ਮੈਂ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਮਸ਼ੀਨਾਂ** 'ਤੇ ਰਹਿਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

☐ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ ਜੋ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਇਹਨਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ (ਉਹਨਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਾਨਬੱਧ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ):

☐ CPR ☐ ਡਾਇਲਸਿਸ ☐ ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ

☐ ਦਵਾਈਆਂ ☐ ਭੋਜਨ ਟਿਊਬ ☐ ਖ਼ੂਨ ਚੜ੍ਹਾਉਣਾ

<<ਜਾਂ>>

☐ **ਮੈਂ ਕੋਈ ਜੀਵਨ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ।**

<<ਜਾਂ>>

☐ **ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਮੇਰੇ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਕਰੇ।**

<<ਜਾਂ>>

☐ **ਮੈਨੂੰ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।**

ਭਾਗ 2: ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣਾਂ ਖੁਦ ਕਰੋ

ਜੇ ਮੈਂ ਮਰ ਰਿਹਾ/ਹੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਲਈ ਇੱਥੇ ਹੋਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ:

☐ ਘਰ ਵਿੱਚ ☐ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ☐ ਮੈਨੂੰ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਕੀ ਧਰਮ ਜਾਂ ਅਧਿਆਤਮਿਕਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ?

☐ ਨਹੀਂ ☐ ਹਾਂ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਧਰਮ ਕੀ ਹੈ? ______________________________

ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਧਰਮ ਜਾਂ ਅਧਿਆਤਮਿਕਤਾ ਬਾਰੇ ਕੀ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

____

____

____

ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕੇਵਲ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜੇ ਉਹ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਉਹੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਸੀ।

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਾ ਪਵੇ। ਪਰ ਜੇ ਉਹ ਅਜਿਹਾ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਮਿਸ਼ੀਗਨ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦੇਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰਨ ਦੇਵੇਗਾ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਣਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਠੀਕ ਹੈ।

ਉਸ ਇੱਕ ਵਾਕ ਦੇ ਅੱਗੇ X ਲਾਓ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

☐ **ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਲਾਜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਮਰਨ ਦੇਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।**

☐ **ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਇਲਾਜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਮਰਨ ਦੇਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।**

ਤੁਹਾਡੇ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਅੰਗ ਦਾਨ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਅੰਗਦਾਨ ਕਰਨਾ (ਦੇਣਾ) ਜ਼ਿੰਦਗੀਆਂ ਬਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਦੱਸੋ।

ਉਸ ਇੱਕ ਵਾਕ ਦੇ ਅੱਗੇ X ਲਾਓ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

☐ **ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।**

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਅੰਗਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

☐ ਕੋਈ ਵੀ ਅੰਗ

☐ ਕੇਵਲ ਇਹ ਅੰਗ: ______________________________

☐ **ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।**

☐ **ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ**/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਰੀ **ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਫੈਸਲਾ ਕਰੇ**।
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਮਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।

☐ ਮੈਨੂੰ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਭਾਗ 3: ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

- ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ
- ਦੋ ਗਵਾਹਾਂ ਨੂੰ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ

ਤੁਹਾਡੇ ਗਵਾਹਾਂ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ:

- ਘੱਟੋ ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
- ਇਹ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ

ਤੁਹਾਡੇ ਗਵਾਹ:

- ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ
- ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ
- ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਵਾਸਤੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ
- ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਜਾਂ ਗਰੁੱਪ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ)
- ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ
- ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ (ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ)
- ਤੁਹਾਡੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ

ਆਪਣੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ।

____

ਆਪਣੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਮਿਤੀ

____

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

____

ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)

ਗਵਾਹਾਂ ਨੂੰ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਭਾਗ 3: ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ

ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਵਾਅਦਾ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ______________________ ਕਿ ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਵੇਖਿਆ ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ।

ਉਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੋਚ ਰਿਹਾ/ਹੀ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮਜਬੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

ਗਵਾਹ #1

ਆਪਣੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ______ ਮਿੱਤੀ ______

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ______ ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ______

ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ ______ ਸ਼ਹਿਰ ______ ਰਾਜ ______ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ______

ਗਵਾਹ #2

ਆਪਣੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ______ ਮਿੱਤੀ ______

ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ______ ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ______

ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ ______ ਸ਼ਹਿਰ ______ ਰਾਜ ______ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ______

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦਾ ਨਾਮ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਨਰਸਾਂ, ਸਮਾਜ ਸੇਵਕਾਂ, ਦੋਸਤਾਂ, ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ। ਆਪਣੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਬਾਰੇ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਭਾਗ 4: ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੁਆਰਾ ਸਵੀਕਾਰ

ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਸਰਵੋਤਮ ਹਿੱਤਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਆਪਣੇ ਹਿੱਤਾਂ ਨਾਲ।
- ਤੁਸੀਂ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣਾ ਉਦੋਂ ਹੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ ਜਦੋਂ 2 ਡਾਕਟਰ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣਗੇ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਬਿਮਾਰ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਂਗੇ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਗਰਭਵਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੇ ਇਹ ਉਸਦੇ ਮਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇ ਉਸਨੇ ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਭੂਮਿਕਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ 'ਤੇ ਖਰਚ ਕੀਤੇ ਪੈਸੇ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਮਰੀਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਵਜੋਂ ਹਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਵੀ ਉਹ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਜਦੋਂ ਵੀ ਚਾਹੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਵਜੋਂ ਹਟਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲਓ ਤਾਂ ਭਾਗ 5 ਦੇਖੋ।

ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਕਹਿ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕੀ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ____________

____(ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ) ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਹੋਵੋਗੇ ਜਿਸਨੇ

___________________________ (ਮਿਤੀ) ਨੂੰ **ਭਾਗ 3** ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਸਨ।

____

ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਦੀ **ਮਿਤੀ**

____

ਦੂਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜੇ ਕਿਸੇ ਦੂਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦਾ ਨਾਮ ਹੈ) **ਮਿਤੀ**

ਭਾਗ 5: ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਚੋਣ (ਵਿਕਲਪਕ)

ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਤਾਂ ਹੀ ਭਰੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਮੇਰੇ ਲਈ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕੇ, 2 ਚੀਜ਼ਾਂ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਇੱਕ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਫਿਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ।

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਪਰ ਇਹ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ। ਸਿਰਫ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਇੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ।

ਜੇ ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਦੱਸਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਮੈਂ ਛੱਡਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਪਰ ਮੈਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ 3 ਦਿਨਾਂ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਫੈਸਲਿਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।

ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਵਾਕਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਚੱਕਰ ਵਿੱਚ X ਲਾਓ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।

ਮੇਰਾ/ਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਮੇਰੇ ਲਈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ:

- ☐ **ਕਿਸੇ ਕਲੀਨਿਕ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਥਾਂ 'ਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।**
- ☐ **ਇੱਕ ਸਵੈ-ਇੱਛੁਕ ਮਰੀਜ਼ ਵਜੋਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣਾ।
ਪਰ ਮੈਂ ਅਜੇ ਵੀ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਦੱਸ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਤਿੰਨ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।**
- ☐ **ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਭਾਵੇਂ ਮੈਂ ਨਹੀਂ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ।**
- ☐ **ਅਜਿਹੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਜੋ ਮੇਰੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ, ਸੋਚਣ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।**
- ☐ **ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਕੋਨਵਲਸਿਵ (ਬਿਜਲੀ ਦੇ ਝਟਕੇ) ਥੈਰੇਪੀ**

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਜੇ ਦੋ ਡਾਕਟਰ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਖੁਦ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ।

____

(ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਇਹ ਸ਼ਕਤੀਆਂ ਦੇਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ) **ਮਿਤੀ**

____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)

ਨੋਟਸ

ਨੋਟਸ

ਨੋਟਸ

English	English Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email CommunicationAccess@hfhs.org
Spanish	Español Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a CommunicationAccess@hfhs.org
Arabic	العربية يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُميِّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CommunicationAccess@hfhs.org
Bengali	বাংলা Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: CommunicationAccess@hfhs.org