

MARYLAND ADVANCE DIRECTIVE:  
PLANNING FOR FUTURE HEALTH CARE DECISIONS

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УКАЗАНИЯ, ФОРМА ШТ. MARYLAND  
ПЛАНИРОВАНИЕ РЕШЕНИЙ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ НА БУДУЩЕЕ

Вы: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Print Name) (Month/Day/Year)  
Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(указать печатными буквами) (месяц/день/год)

Using this advance directive form to do health care planning is completely optional. Other forms are also valid in Maryland. No matter what form you use, talk to your family and others close to you about your wishes.

Использование данной формы предварительных медицинских указаний для планирования решений о медицинском обслуживании на будущее является совершенно необязательным. Другие формы также действительны в шт. Maryland. Вне зависимости от того, какой формой Вы воспользуетесь, следует обсудить Ваши пожелания с членами Вашей семьи и близкими.

This form has two parts to state your wishes, and a third part for needed signatures. Part I of this form lets you answer this question: If you cannot (or do not want to) make your own health care decisions, who do you want to make them for you? The person you pick is called your health care agent. **Make sure you talk to your health care agent (and any back-up agents) about this important role.** Part II lets you write your preferences about efforts to extend your life in three situations: terminal condition, persistent vegetative state, and end-stage condition. In addition to your health care planning decisions, you can choose to become an organ donor after your death by filling out the form for that too.

Первые два раздела этого документа разъясняют Ваши пожелания и третий раздел предназначен для подписей. Раздел I предназначен для Вашего ответа на следующий вопрос: Если Вы не можете (или не хотите) сами принимать решения относительно своего лечения, кому следует принимать эти решения за Вас? Человек, которого Вы для этого выберете, будет считаться Вашим медицинским агентом. **Обязательно поговорите с Вашим медицинским агентом (и запасными агентами) об этой важнейшей функции.** Раздел II позволяет Вам высказать свои пожелания относительно усилий по продлению Вашей жизни в трех ситуациях: неизлечимое заболевание, устойчивое вегетативное состояние и конечная стадия заболевания.

→ You can fill out Parts I and II of this form, or only Part I, or only Part II. Use the form to reflect your wishes, then sign in front of two witnesses (Part III). If your wishes change, make a new advance directive. ←

Вы можете заполнить Разделы I и II этого документа или ограничиться лишь любым одним из этих разделов. Заполните этот документ в соответствии со своими пожеланиями и подпишите его в присутствии двух свидетелей (Раздел III). Если

впоследствии Ваши пожелания изменятся, Вы можете заполнить такой документ заново.

Make sure you give a copy of the completed form to your health care agent, your doctor, and others who might need it. Keep a copy at home in a place where someone can get it if needed. Review what you have written periodically.

Обязательно передайте копию заполненного документа Вашему медицинскому агенту, врачу и другим лицам, которым он может потребоваться. Держите один экземпляр документа у себя дома, в том месте, где его при необходимости можно будет найти. Следует периодически просматривать этот документ.

**PART I: SELECTION OF HEALTH CARE AGENT**  
**РАЗДЕЛ I: НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО АГЕНТА**

**A. Selection of Primary Agent**  
Назначение основного агента

I select the following individual as my agent to make health care decisions for me:

Я назначаю указанное ниже лицо своим агентом для принятия решений, связанных с моим медицинским обслуживанием:

**Name:**  
**Имя:**

---

**Address:**  
**Адрес:**

---

---

**Telephone Numbers:**  
**Номера телефонов:**

---

(home and cell)/(домашний и мобильный)

**B. Selection of Back-up Agents**  
(Optional; form valid if left blank)

**Назначение запасных агентов**  
(Не обязательно для заполнения; документ действителен даже если этот пункт не заполнен)

1. If my primary agent cannot be contacted in time or for any reason is unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:

В случае отсутствия своевременной связи с моим основным агентом, или если он по какой-либо причине отсутствует, не может, или не хочет выступать в качестве моего агента, я назначаю для выполнения этих функций следующее лицо:

**Name:**

**Имя:**

---

**Address:**

**Адрес:**

---

---

**Telephone Numbers:**

**Номера телефонов:**

---

(home and cell)/(домашний и мобильный)

2. If my primary agent and my first back-up agent cannot be contacted in time or for any reason are unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:

В случае отсутствия своевременной связи с моим основным и первым запасным агентом, или если они по какой-либо причине отсутствуют, не могут, или не хотят выступать в качестве моего агента, я назначаю для выполнения этих функций следующее лицо:

**Name:**

**Имя:**

---

**Address:**

**Адрес:**

---

---

**Telephone Numbers:**

**Номера телефонов:**

---

(home and cell)/(домашний и мобильный)

### **C. Powers and Rights of Health Care Agent**

**Полномочия и права медицинского агента**

I want my agent to have full power to make health care decisions for me, including the power to:

Я хочу, чтобы мой агент обладал всеми полномочиями принимать решения, касающиеся моего медицинского обслуживания, включая следующие полномочия:

1. Consent or not to medical procedures and treatments which my doctors offer, including things that are intended to keep me alive, like ventilators and feeding tubes;

Соглашаться или отказываться от медицинских процедур и методов лечения, которые могут быть предложены врачами, включая методы, целью которых является поддержание моей жизни, такие как аппараты искусственного дыхания и питательные трубки.

2. Decide who my doctor and other health care providers should be; and

Принимать решения о том, кто должен быть моим врачом и другим медицинским персоналом, оказывающим мне помощь; и

3. Decide where I should be treated, including whether I should be in a hospital, nursing home, other medical care facility, or hospice program.

Принимать решения о том, где мне будет оказываться медицинская помощь, включая решения о помещении меня в больницу, дом престарелых, другие медицинские учреждения, или программу хосписа.

4. I also want my agent to:

Я также хочу, чтобы мой агент:

- a. Ride with me in an ambulance if ever I need to be rushed to the hospital; and

Сопровождал меня в машине скорой помощи, если потребуется срочно транспортировать меня в больницу; и

- b. Be able to visit me if I am in a hospital or any other health care facility.

Мог посещать меня во время моего пребывания в больнице или любом другом медицинском учреждении.

*THIS ADVANCE DIRECTIVE DOES NOT MAKE MY  
AGENT RESPONSIBLE FOR ANY OF THE COSTS OF  
MY CARE.*

*ДАННЫЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ  
УКАЗАНИЯ НЕ ВЛЕКУТ ЗА СОБОЙ ФИНАНСОВОЙ  
ОТВЕТСТВЕННОСТИ МОЕГО АГЕНТА ЗА  
МОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ.*

This power is subject to the following conditions or limitations:  
(Optional; form valid if left blank)

Эти полномочия подлежат указанным ниже ограничениям или условиям:  
(Не обязательно для заполнения; документ действителен даже если этот пункт не заполнен)

---

---

---

---

---

---

---

---

**D. How my Agent is to Decide Specific Issues**

**Как мой агент должен принимать решения по конкретным вопросам**

I trust my agent’s judgment. My agent should look first to see if there is anything in Part II of this advance directive that helps decide the issue. Then, my agent should think about the conversations we have had, my religious and other beliefs and values, my personality, and how I handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my agent is to make decisions for me that my agent believes are in my best interest. In doing so, my agent should consider the benefits, burdens, and risks of the choices presented by my doctors.

Я доверяю суждениям моего агента. Мой агент сначала обратится к Разделу II данных предварительных медицинских указаний и посмотрит, содержится ли в нем что-либо, что могло бы помочь ему найти ответ на данный вопрос. Затем, мой агент вспомнит наши разговоры, подумает о моих религиозных верованиях и других убеждениях и ценностях, моей личности и как я находил решения медицинским и другим важным вопросам в прошлом. В случае если все равно остается неясным, какие решения я бы принял, мой агент примет за меня решения, которые с его точки зрения наилучшим образом отвечают моим интересам. Принимая это решение, мой агент примет во внимание пользу, сложности и риск, связанные с предложенными моими врачами вариантами.

**E. People My Agent Should Consult**

(Optional; form valid if left blank)

**С кем мой агент должен проконсультироваться**

(Не обязательно для заполнения; документ действителен даже если этот пункт не заполнен)

In making important decisions on my behalf, I encourage my agent to consult with the following people. By filling this in, I do not intend to limit the number of people with whom my agent might want to consult or my agent's power to make decisions.

Я рекомендую моему агенту проконсультироваться с указанными ниже лицами перед принятием важных решений от моего имени. Приложение данного перечня не служит для ограничения числа людей, с которыми мой агент, возможно, захочет проконсультироваться, или его полномочий по принятию решений.

<b>Name(s)</b> <b>Имя (имена)</b>	<b>Telephone Number(s):</b> <b>Телефонный номер(а)</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**F. In Case of Pregnancy**

(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

**В случае беременности**

(Не обязательно для заполнения; документ действителен даже если этот пункт останется незаполненным/не заполнен)

If I am pregnant, my agent shall follow these specific instructions:

Если я беременна, мой агент будет следовать предоставленным здесь конкретным указаниям:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G. Access to my Health Information – Federal Privacy Law (HIPAA) Authorization**

**Доступ к информации о моем здоровье – разрешение в соответствии с Федеральным законом о соблюдении конфиденциальности (HIPAA)**

1. If, prior to the time the person selected as my agent has power to act under this document, my doctor wants to discuss with that person my capacity to make my own health care decisions, I authorize my doctor to disclose protected health information which relates to that issue.

Если до того времени, когда назначенное мной лицо в качестве моего агента получит полномочия действовать в соответствии с данным документом, мой врач захочет обсудить с этим лицом мою способность самому принимать решения, связанные с моим лечением, я даю разрешение моему врачу поделиться необходимой для этого защищенной федеральным законом информацией с этим лицом.

2. Once my agent has full power to act under this document, my agent may request, receive, and review any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and other protected health information, and consent to disclosure of this information.

После получения моим агентом всех полномочий в соответствии с данным документом, он будет иметь право запрашивать, получать и изучать любую устную и письменную информацию относительно моего физического и психического состояния, включая, но не ограничиваясь, медицинскими и больничными данными и другой, защищенной законом медицинской информацией, а также давать согласие на раскрытие этой информации третьим лицам.

3. For all purposes related to this document, my agent is my personal representative under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). My agent may sign, as my personal representative, any release forms or other HIPAA-related materials.

В отношении всех вопросов, связанных с данным документом, мой агент является моим личным представителем в соответствии с определением, содержащимся в Законе о переводе медицинского страхования и ответственности (HIPAA). Мой агент, в качестве моего личного представителя, может подписывать любые документы, предоставляющие доступ к моей медицинской информации, и другие документы, связанные с законом HIPAA.

## **H. Effectiveness of this Part**

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

### **Срок вступления в силу этого раздела.**

(Внимательно прочитайте две приведенные ниже формулировки. Затем поставьте свои инициалы только под одной из них.)

My agent's power is in effect:

Полномочия моего агента вступают в силу:

1. Immediately after I sign this document, subject to my right to make any decision about my health care if I want and am able to.

Сразу после подписания мной данного документа, при этом я сохраняю право принимать любые решения относительно моего лечения, если я захочу и буду в состоянии это делать.



>>OR/ ИЛИ <<

2. Whenever I am not able to make informed decisions about my health care, either because the doctor in charge of my care (attending physician) decides that I have lost this ability **temporarily**, or my attending physician and a consulting doctor agree that I have lost this ability **permanently**.

Когда я не смогу принимать взвешенные решения относительно моего медицинского обслуживания, либо вследствие того, что врач, отвечающий за мое лечение (лечащий врач), сочтет, что я потерял эту способность **временно**, либо если мой лечащий врач и врач-консультант заключат, что эта потеря является **постоянной**.



**If the only thing you want to do is select a health care agent, skip Part II. Go to Part III to sign and have the advance directive witnessed. If you also want to write your treatment preferences, go to Part II. Also consider becoming an organ donor, using the separate form for that.**

Если единственное, что Вы хотите сделать, это назначить медицинского агента, пропустите Раздел II. Перейдите к Разделу III для подписания предварительных медицинских указаний и удостоверения этого факта свидетелями. Если Вы также хотите указать Ваши пожелания относительно лечения, перейдите к Разделу II. Также, подумайте о том, не хотите ли Вы стать донором органов – для этого приведена отдельная форма.

**PART II: TREATMENT PREFERENCES (“LIVING WILL”)  
РАЗДЕЛ II: ПОЖЕЛАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ЛЕЧЕНИЯ  
(«ЗАВЕЩАНИЕ О ЖИЗНИ»)**

**A. Statement of Goals and Values**  
(Optional: Form valid if left blank)

**Заявление о моих целях и жизненных ценностях**

(Не обязательно для заполнения; документ действителен даже если этот пункт не заполнен)

I want to say something about my goals and values, and especially what’s most important to me during the last part of my life:

Я хочу рассказать о моих целях и жизненных ценностях и особенно о том, что является для меня самым важным в конце моей жизни:

---

---

---

---

---

---

---

---

**B. Preference in Case of Terminal Condition**

(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

**Мои пожелания в случае неизлечимого заболевания**

(Если Вы хотите указать свои пожелания, поставьте инициалы только под **одной** из формулировок. Если Вы не хотите указывать здесь свои пожелания, перечеркните всю эту часть.)

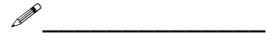
**If my doctors certify that my death from a terminal condition is imminent, even if life-sustaining procedures are used:**

**Если мои врачи заключат, что моя смерть от неизлечимого заболевания неизбежна, даже если будут применяться методики поддержания жизни:**

1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Сделайте так, чтобы я не испытывал боли, и позвольте наступить естественной смерти. Я не хочу, чтобы использовались какие-либо медицинские вмешательства для того, чтобы попытаться продлить мою жизнь. Я не хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.

>>OR/ ИЛИ <<



2. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Сделайте так, чтобы я не испытывал боли, и позвольте наступить естественной смерти. Я не хочу, чтобы использовались медицинские вмешательства для того, чтобы попытаться продлить мою жизнь. Однако, если я не смогу принимать пищу в достаточном количестве, я хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.



>>OR/ ИЛИ <<

3. Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Постарайтесь продлить мою жизнь максимально долго, используя для этого все имеющиеся в распоряжении медицинские средства, которые по обоснованному мнению врачей предотвратят или отсрочат мою смерть. Если я не смогу принимать пищу в достаточном количестве, я хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.



### C. Preference in Case of Persistent Vegetative State

(If you want to state what your preference is, initial one only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

#### **Мои пожелания в случае устойчивого вегетативного состояния**

(Если Вы хотите указать свои пожелания, поставьте инициалы только под одной из формулировок. Если Вы не хотите здесь указывать свои пожелания, перечеркните всю эту часть.)

**If my doctors certify that I am in a persistent vegetative state, that is, if I am not conscious and am not aware of myself or my environment or able to interact with others, and there is no reasonable expectation that I will ever regain consciousness:**

**Если мои врачи заключат, что я нахожусь в устойчивом вегетативном состоянии, то есть, что я не нахожусь в сознании, не осознаю себя и где я нахожусь, не могу общаться с окружающими и отсутствует какая-либо обоснованная надежда, что я когда-либо приду в сознание:**

1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Сделайте так, чтобы я не испытывал боли, и позвольте наступить естественной смерти. Я не хочу, чтобы использовались какие-либо медицинские вмешательства для того, чтобы попытаться продлить мою жизнь. Я не хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.



>>OR/ ИЛИ <<

2. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough

nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Сделайте так, чтобы я не испытывал боли, и позвольте наступить естественной смерти. Я не хочу, чтобы использовались медицинские вмешательства для того, чтобы попытаться продлить мою жизнь. Однако, если я не смогу принимать пищу в достаточном количестве, я хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.

>>OR/ ИЛИ <<

3. Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Постарайтесь продлить мою жизнь максимально долго, используя для этого все имеющиеся в распоряжении медицинские средства, которые по обоснованному мнению врачей предотвратят или отсрочат мою смерть. Если я не смогу принимать пищу в достаточном количестве, я хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.

#### D. Preference in Case of End-Stage Condition

(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

##### Мои пожелания в случае конечной стадии заболевания

(Если Вы хотите указать свои пожелания, поставьте инициалы только под **одной** из формулировок. Если Вы не хотите здесь указывать свои пожелания, перечеркните всю эту часть.)

**If my doctors certify that I am in an end-state condition, that is, an incurable condition that will continue in its course until death and that has already resulted in loss of capacity and complete physical dependency:**

**Если мои врачи заключат, что наступила конечная стадия моего заболевания, то есть, оно неизлечимо и будет развиваться своим чередом пока я не умру, и что оно уже привело к функциональным потерям и полной физической зависимости:**

1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Сделайте так, чтобы я не испытывал боли, и позвольте наступить естественной смерти. Я не хочу, чтобы использовались какие-либо медицинские вмешательства для того, чтобы попытаться продлить мою жизнь. Я не хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.

>>OR/ ИЛИ <<



2. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Сделайте так, чтобы я не испытывал боли, и позвольте наступить естественной смерти. Я не хочу, чтобы использовались медицинские вмешательства для того, чтобы попытаться продлить мою жизнь. Однако, если я не смогу принимать пищу в достаточном количестве, я хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.



>>OR/ ИЛИ <<

3. Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Постарайтесь продлить мою жизнь максимально долго, используя для этого все имеющиеся в распоряжении медицинские средства, которые по обоснованному мнению врачей предотвратят или отсрочат мою смерть. Если я не смогу принимать пищу в достаточном количестве, я хочу получать питание и воду через трубку или другими медицинскими способами.



**E. Pain Relief**  
**Обезболивание**

No matter what my condition, give me the medicine or other treatment I need to relieve pain.

Вне зависимости от моего состояния, я хочу получать лекарства или другие виды лечения, чтобы избавиться от боли.

**F. In Case of Pregnancy**  
(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

**В случае беременности**

(Не обязательно для заполнения, относится только к женщинам детородного возраста, документ действителен даже если этот пункт не заполнен)

If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:

Если я буду беременна, мои решения в отношении методов поддержания жизни должны быть изменены следующим образом:

### G. Effect of Stated Preferences

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

#### Действие указанных пожеланий

(Внимательно прочитайте две приведенные ниже формулировки. Затем поставьте инициалы только под одной из формулировок.)

1. I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. My stated preferences are meant to guide whoever is making decisions on my behalf and my health care providers, but I authorize them to be flexible in applying these statements if they feel that doing so would be in my best interest.

Я понимаю, что не могу предвидеть все, что может произойти после того, как я не смогу больше принимать решения самостоятельно. Указанные здесь мной пожелания предназначены для помощи в принятии решений лицам, которые делают это за меня, и моим врачам, но я даю им полномочия использовать гибкость в выполнении моих поручений, если с их точки зрения это будет в моих интересах.



\_\_\_\_\_

>>OR/ ИЛИ <<

2. I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. Still, I want whoever is making decisions on my behalf and my health care providers to follow my stated preferences exactly as written, even if they think that some alternative is better.

Я понимаю, что не могу предвидеть все, что может произойти после того, как я не смогу больше принимать решения самостоятельно. И все же я хочу, чтобы лица, которые будут принимать решения за меня, и мои врачи точно следовали моим указаниям как они записаны, даже в том случае, если какое-либо альтернативное решение является лучшим с их точки зрения.



\_\_\_\_\_

**PART III: SIGNATURE AND WITNESSES**  
**РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ И СВИДЕТЕЛИ**

By signing below as the Declarant, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this advance directive and that I understand its purpose and effect. I also understand that this document replaces any similar advance directive I may have completed before this date.

Моя подпись ниже в качестве Заявителя указывает, что я психически и умственно дееспособен для составления данных предварительных медицинских указаний и понимаю их назначение и последствия. Я также сознаю, что данный документ заменяет собой любые другие аналогичные предварительные медицинские указания, которые могли быть составлены мною ранее.

---

(Signature of Declarant)  
(Подпись Заявителя)

---

(Date)  
(Дата)

The Declarant signed or acknowledged signing this document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this advance directive.

Заявитель подписал или признал подписание этого документа в моем присутствии и, основываясь на личном наблюдении, производит впечатление психически и умственно дееспособного человека для составления данных предварительных медицинских указаний.

---

(Signature of Witness)  
(Подпись свидетеля)

---

(Date)  
(Дата)

---

Telephone Number(s):  
Номера телефона (телефонов):

---

(Signature of Witness)  
(Подпись свидетеля)

---

(Date)  
(Дата)

---

Telephone Number(s): Номера телефона (телефонов):

(**Note:** Anyone selected as a health care agent in Part I may not be a witness. Also, at least one of the witnesses must be someone who will not knowingly inherit anything from the Declarant or otherwise knowingly gain a financial benefit from the Declarant's death. Maryland law does **not** require this document to be notarized.)

(**Примечание:** Лицо, назначенное в Разделе I медицинским агентом, не может выступать в качестве свидетеля. Также, как минимум один из свидетелей должен быть лицом, которое, насколько ему это известно, не получит никакого наследства от Заявителя, и которое не получит никакой финансовой выгоды от его смерти. Закон штата Maryland **не требует** нотариального заверения этого документа.)

AFTER MY DEATH  
ПОСЛЕ МОЕЙ СМЕРТИ

**By:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:**  
(Print Name) (Month/Day/Year)  
**Имя:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:**  
(указать печатными буквами) (месяц/день/год)

(Initial the ones that you want. Cross through any that you do not want.)  
(Поставьте свои инициалы там, где пожелаете. Перечеркните те пункты, с которыми Вы не согласны.)

Upon my death I wish to donate:  
После моей смерти я хочу пожертвовать:

Any needed organs, tissues, or eyes.  \_\_\_\_\_  
Любые необходимые органы, ткани, или глаза.

Only the following organs, tissues, or eyes:  \_\_\_\_\_  
Только указанные здесь органы, ткани, или глаза.

*I authorize the use of my organs, tissues, or eyes:*  
*Я разрешаю использование моих органов, тканей, или глаз:*

For transplantation  \_\_\_\_\_  
Для трансплантации

For therapy  \_\_\_\_\_  
Для лечения

For research  \_\_\_\_\_  
Для исследований

For medical education  \_\_\_\_\_  
Для обучения студентов-медиков

For any purpose authorized by law  \_\_\_\_\_  
В любых целях, разрешенных законом

I understand that no vital organ, tissue, or eye may be removed for transplantation until after I have been pronounced dead. *This document is not intended to change anything about my health care while I am still alive.* After death, I authorize any appropriate support measures to maintain the viability for

transplantation of my organs, tissues, and eyes until organ, tissue, and eye recovery has been completed. I understand that my estate will not be charged for any costs related to this donation.

Мне известно, что ни один жизненно важный орган, ткани, или глаза не могут быть удалены для трансплантации до объявления моей смерти. *Этот документ не повлечет за собой никаких изменений в предоставляемом мне медицинском обслуживании пока я жив.* После моей смерти я разрешаю использование любых надлежащих мер для поддержания моих органов, тканей и глаз в состоянии, пригодном для трансплантации, пока не будет завершено извлечение моих органов, тканей и глаз. Мне известно, что оставленному мною состоянию не будет выставлен счет за какие-либо расходы, связанные с данным пожертвованием.

## **PART II: DONATION OF BODY**

### **РАЗДЕЛ II: ПОЖЕРТВОВАНИЕ ТЕЛА**

After any organ donation indicated in Part I, I wish my body to be donated for use in a medical study program.

После пожертвования моих органов, указанных в Разделе I, я хочу, чтобы мое тело было пожертвовано для программы медицинского обучения.



\_\_\_\_\_

## **PART III: DISPOSITION OF BODY AND FUNERAL ARRANGEMENTS**

### **РАЗДЕЛ III: РАСПОРЯЖЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕЛА И ПОХОРОН**

I want the following person to make decisions about the disposition of my body and my funeral arrangements: (Either initial the first or fill in the second.)

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо принимало решения, связанные с распоряжением моим телом и похоронными приготовлениями: (Поставьте свои инициалы под первым вариантом или заполните второй вариант.)

The health care agent who I named in my advance directive.  
Медицинский агент, которого я назначил в своих предварительных медицинских указаниях.



\_\_\_\_\_

>>OR/ ИЛИ <<

This person:  
Следующее лицо:

Name:  
Имя:

Address:  
Адрес:

Telephone Number(s):  
(Home and Cell)  
Номера телефона (телефонов):  
(Домашний и мобильный)

If I have written my wishes below, they should be followed. If not, the person I have named should decide based on conversations we have had, my religious or other beliefs and values, my personality, and how I reacted to other peoples' funeral arrangements. My wishes about the disposition of my body and my funeral arrangements are:

Если я ниже указал свои пожелания, я хочу, чтобы они были выполнены. Если мои пожелания не указаны, названное мною лицо примет эти решения основываясь на наших разговорах, моих религиозных верованиях и других убеждениях и ценностях, моей личности и того, как я воспринимал похороны других людей. Мои пожелания относительно распоряжения моим телом и похорон указаны ниже:

**PART IV: SIGNATURE AND WITNESSES**  
**РАЗДЕЛ IV: ПОДПИСЬ И СВИДЕТЕЛИ**

By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.

Моя подпись ниже указывает, что я психически и умственно дееспособен для принятия решения о таком пожертвовании и понимаю назначение и последствия составления данного документа.

---

(Signature of Donor)  
(Подпись донора)

---

(Date)  
(Дата)

The Donor signed or acknowledged signing the foregoing document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this donation.

Донор подписал или признал подписание этого документа в моем присутствии и, основываясь на личном наблюдении, производит впечатление психически и умственно дееспособного человека для принятия решения об этом пожертвовании.

---

(Signature of Witness)  
(Подпись свидетеля)

---

(Date)  
(Дата)

---

Telephone Number(s):  
Номера телефона (телефонов):

---

(Signature of Witness)  
(Подпись свидетеля)

---

(Date)  
(Дата)

---

Telephone Number(s):  
Номера телефона (телефонов):

*Did You Remember To ...?*  
*Не забыли ли Вы... ?*

- Fill out Part I if you want to name a health care agent?

Заполнить Раздел I, если Вы хотите назначить медицинского агента?

- Name one or two back-up agents in case your first choice as health care agent is not available when needed?

Назначить одного или двух запасных агентов на тот случай, если назначенное Вами лицо в качестве основного медицинского агента отсутствует?

- Talk to your agents and back-up agent about your values and priorities, and decide whether that's enough guidance or whether you also want to make specific health care decisions in the advance directive?

Поговорить с основным и запасными агентами о Ваших жизненных ценностях и приоритетах, а также решить, является ли такая беседа достаточной для того, чтобы они смогли принять соответствующее Вашим пожеланиям решение, или Вам стоит включить конкретные распоряжения относительно Вашего медицинского обслуживания в предварительные медицинские указания?

- If you want to make specific decisions, fill out Part II, choosing carefully among alternatives?

Если Вы хотите сделать конкретные распоряжения, заполнили ли Вы Раздел II тщательно обдумав различные варианты?

- Sign and date the advance directive in Part III, in front of two witnesses who also need to sign?

Поставить подпись и дату в Разделе III предварительных медицинских указаний в присутствии свидетелей, которые тоже должны поставить свои подписи под документом?

- Look over the “After My Death” form to see if you want to fill out any part of it?

Просмотреть форму «После моей смерти» и подумать, не хотите ли Вы заполнить какую-либо ее часть?

- Make sure your health care agent (if you named one), your family, and your doctor know about your advance care planning?

Убедиться, что Ваш медицинский агент (если Вы такового назначили), члены семьи и врач знают о Вашем заблаговременном планировании медицинского обслуживания?

- Give a copy of your advance directive to your health care agent, family members, doctor, and hospital or nursing home if you are a patient there?

Передать копию своих предварительных медицинских указаний своему медицинскому агенту, членам семьи, врачу, и персоналу больницы или дома престарелых, если Вы являетесь их пациентом?