

**How to Complete This  
Power of Attorney for Health Care Document**  
*Инструкции по заполнению бланка доверенности  
на право принимать решения, относящиеся  
к медицинскому обслуживанию*

**Overview**

**Описание документа**

The attached power of attorney for health care document is a legal document, developed to meet the legal requirements for Wisconsin. This document provides a way for a person to create a power of attorney for health care document that will meet the basic requirements for Wisconsin. **The agent is not required to sign the document.**

*Содержащаяся в приложении «Доверенность на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию» — юридический документ, составленный в соответствии с юридическими требованиями, предъявляемыми в штате Висконсин. Этот документ позволяет заполняющему его лицу создать доверенность на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, отвечающий основным требованиям, предусмотренным законами штата Висконсин. **Подписание документа доверенным лицом не требуется.***

This power of attorney for health care document allows you to appoint another person or persons to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person (or persons) you appoint is your Health Care Agent. This document gives your Health Care Agent authority to make your decisions only when you have been determined incapable by your physician(s) to make your health care decisions. It does not give your Health Care Agent any authority to make your financial or other business decisions.

*Настоящий бланк доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, позволяет Вам назначить другое лицо или другие лица представителями, принимающими за Вас решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию в том случае, если Вы будете неспособны принимать такие решения самостоятельно. Назначенные Вами лицо или лица становятся Вашими доверенными лицами в сфере медицинского обслуживания. Этот документ дает Вашему доверенному лицу в сфере медицинского обслуживания право принимать решения от Вашего имени только в том случае, если, по мнению лечащих Вас врача или врачей, Вы будете неспособны самостоятельно принимать решения, относящиеся к Вашему медицинскому обслуживанию. Этот документ не дает Вашему доверенному лицу в сфере медицинского обслуживания право принимать от Вашего имени финансовые решения или какие-либо иные решения коммерческого или делового характера.*

How to Complete This Power of Attorney for Health Care  
Инструкции по заполнению бланка доверенности на право принимать решения,  
относящиеся к медицинскому обслуживанию

PLEASE NOTE: Before completing this power of attorney for health care document, take time to read it carefully. There may be medical terms or phrases used that are not clear to you. You might want to complete the document with your health care provider or a trained advance care planning facilitator, who can offer help and explain anything you do not understand. If you need help completing the document, please talk with your health care provider or call Aurora Health Care at 1-888-863-5502 to be referred to a trained facilitator.

*ВНИМАНИЕ! Перед заполнением бланка доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, внимательно, не торопясь, прочтите его. В тексте документа могут встречаться непонятные Вам медицинские термины или выражения. Вы можете заполнить этот бланк с помощью представителя обслуживающего Вас медицинского учреждения или с помощью квалифицированного посредника-специалиста по предварительному планированию медицинского обслуживания, способного разъяснить Вам все, что Вы не понимаете. Если для заполнения бланка Вам потребуется помощь, пожалуйста, обратитесь в обслуживающее Вас медицинское учреждение или позвоните в организацию Aurora Health Care по телефону 1-888-863-5502, чтобы Вас направили к квалифицированному посреднику.*

If you complete this document on your own, it is still very important that you discuss your views, values, and this document with your Health Care Agent! If you do not closely involve your Health Care Agent and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully respected because they will not be understood.

*Если Вы заполняете этот бланк самостоятельно, не забудьте обсудить Ваши мнения, Вашу систему ценностей и этот документ с Вашим доверенным лицом в сфере медицинского обслуживания — это очень важно! Если Вы не обсудите подробно Ваши намерения с Вашим доверенным лицом и не составите совместно с этим доверенным лицом четкий план действий, доверенное лицо может не понять Ваши мнения и систему ценностей и не проявить к ним достаточного уважения.*

If you want to document your views about future health care, but do not want to or cannot use this power of attorney for health care document, (for instance, if you have no one you can designate as your agent) ask your health care organization or attorney for advice about alternatives.

*Если Вы желаете оформить документ, отражающий Ваши взгляды и намерения, относящиеся к будущему медицинскому обслуживанию, но не желаете или не можете воспользоваться бланком доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию (например, если Вы не знаете никого, кого бы Вы хотели назначить своим доверенным лицом), попросите представителя обслуживающего Вас медицинского учреждения или Вашего юридического консультанта порекомендовать Вам другие, альтернативные варианты.*

How to Complete This Power of Attorney for Health Care  
Инструкции по заполнению бланка доверенности на право принимать решения,  
относящиеся к медицинскому обслуживанию

## How to Complete This Document

### Порядок заполнения бланка

This power of attorney for health care document is divided into four parts:

*Бланк «Доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию», состоит из следующих четырех частей.*

Part I — Appointing a Health Care Agent

*Часть I — Назначение доверенного лица в сфере медицинского обслуживания*

Part II — Authority of the Health Care Agent

*Часть II — Полномочия доверенного лица в сфере медицинского обслуживания*

Part III — Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations

*Часть III — Описание пожеланий, особых положений и ограничений*

Part IV — Making the Document Legal

*Часть IV — Придание документу юридической силы*

### Steps to Follow:

#### *Этапы заполнения бланка:*

**In each of the four parts of the attached document you will find instructions. Read and follow these instructions carefully. The basic things you must do are:**

*Ниже приводятся инструкции по заполнению каждой из четырех частей прилагаемого бланка. Внимательно прочтите и выполните эти инструкции.*

*Важнейшие этапы заполнения бланка таковы:*

- provide the information on page 1;**

*на стр. 1 указывается требуемая информация;*

- appoint at least one Health Care Agent on page 3;**

*на стр. 3 указываются одно или несколько лиц, назначаемых доверенными лицами в сфере медицинского обслуживания;*

- indicate choices for Part II on page 5;**

*на стр. 5 отмечаются выбранные варианты ответов на вопросы, приведенные в части II;*

- indicate choices and any written instructions you want in Part III on pages 6-8;**

*на стр. 6—8 отмечаются выбранные варианты ответов на вопросы, приведенные в части III, и даются любые другие письменные указания, относящиеся к этой части;*

How to Complete This Power of Attorney for Health Care  
*Инструкции по заполнению бланка доверенности на право принимать решения,  
относящиеся к медицинскому обслуживанию*

- **sign and date the document in front of your witnesses (two non-related adult persons; see other witness restrictions) on page 9; and**

*на стр. 9 доверенность подписывается и датируется составляющим ее лицом в присутствии свидетелей (двух взрослых людей, не являющихся Вашими родственниками — см. другие инструкции для свидетелей); и*

- **have your witnesses sign the document on page 9 right after witnessing your signature. Note: All three signatures must show the same date!**

*на стр. 9 документ заверяется свидетелями, наблюдавшими за подписанием документа Вами. (Примечание: все три подписи должны быть датированы одним и тем же днем!)*

If you wish to donate your body for medical science after death, you should contact the closest medical school in your state to make arrangements.

*Если Вы желаете, чтобы после Вашей смерти Ваше тело было передано медицинскому учреждению с целью проведения медицинских исследований, обратитесь в ближайшее находящееся в Вашем штате медицинское образовательное учреждение с тем, чтобы оформить соответствующие документы.*

## **After Completing This Document**

### ***Меры, принимаемые после заполнения бланка***

After you complete the document, make copies to be given out as follows:

- one copy for yourself;
- one copy for each Health Care Agent appointed in the document;
- one copy for your record at your physician's office;
- one copy for your record at the hospital where you would go in an emergency;
- extra copies to share with others if you wish (loved ones, your minister/clergy/ rabbi, and your attorney).

*После подписания заполненного бланка доверенности приготавливаются несколько копий документа, распределяемые следующим образом:*

- *один экземпляр доверенности оставьте себе;*
- *экземпляр доверенности передается каждому из назначенных доверенных лиц, указанных в документе;*
- *один экземпляр доверенности прилагается к Вашим медицинским записям, хранящимся в регистратуре при кабинете Вашего врача;*

How to Complete This Power of Attorney for Health Care  
*Инструкции по заполнению бланка доверенности на право принимать решения,  
относящиеся к медицинскому обслуживанию*

- *один экземпляр доверенности передается в регистратуру той больницы, в которую Вас могут доставить в случае, если Вам потребуется неотложная медицинская помощь;*
- *дополнительные экземпляры доверенности, по Вашему желанию, могут быть переданы другим лицам (Вашим близким, выбранному Вами священнослужителю (духовнику, раввину) и Вашему юридическому консультанту).*

Be sure to discuss your document with your health care provider and your Health Care Agent.

*Не забудьте обсудить Вашу доверенность с представителем обслуживающего Вас медицинского учреждения и с назначенным Вами доверенным лицом.*

A photo or fax copy is as legally valid as an original.

*Фотокопии и факсимиле доверенности имеют юридическую силу наравне с оригинальным экземпляром.*

## Glossary of Terms

### Словарь терминов

Here are some explanations of terms that may be helpful as you complete your Power of Attorney for Health Care Document.

*Ниже приводятся пояснения значений некоторых терминов, которые могут помочь Вам при заполнении бланка доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию.*

**Antibiotics** – Drugs used to fight infections, such as pneumonia.

*Антибиотики* – Лекарственные препараты, используемые для лечения инфекционных заболеваний, таких, как пневмония.

**Autopsy** – examination of the body after death to determine the cause of death and changes in the body from disease.

*Вскрытие* – Обследование тела после смерти с целью выяснения причины смерти и физиологических изменений, вызванных заболеванием.

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)** – A procedure performed to restart circulation when a person’s heart has stopped beating. It involves repeated pushing on the chest (chest compressions), and pushing air into the lungs through the mouth (artificial breathing). It may also include giving drugs and electrical shocks to restore the heartbeat.

*Сердечно-легочная реанимация (СЛР)* – Процедура, помогающая возобновить кровообращение в случае прекращения сокращения сердца. В ходе СЛР осуществляются многократное толчковое сжатие грудной клетки и принудительное вдыхание воздуха в легкие через рот (искусственное дыхание). В некоторых случаях применяются также ввод медицинских препаратов и удары электрическим током, способствующие возобновлению сокращений сердца.

**Dialysis** – A machine used to cleanse the blood when the kidneys cannot function on their own. Dialysis can prolong life, but cannot restore kidney function.

*Гемодиализ* – Очистка крови с помощью специальной аппаратуры (искусственной почки) в случае отказа функции почек. Гемодиализ позволяет продлевать жизнь, но не восстанавливает функцию почек.

**Feeding Tube or Artificial Nutrition** – Food and liquids provided through a special tube. The tube may be threaded through the nose into the stomach. For longer periods of feeding, a surgical procedure may be performed to place the feeding tube through the abdomen into the stomach.

*Принудительный ввод питательных веществ (искусственное кормление)* – Подача пищи и жидкостей в желудок по специальной трубке. Трубка может быть пропущена в желудок через нос. Если требуется долгосрочное

*искусственное кормление, в некоторых случаях производится хирургическая операция, позволяющая пропустить трубку в желудок непосредственно через брюшную полость.*

**Intravenous (IV) Hydration** – A tube placed in a vein (hand, arm, or other location) that is used to give a person fluids.

***Внутривенная гидратация (восполнение жидкости)** – В вену руки или другой части тела пациента вводится трубка, по которой в кровеносную систему пациента подаются жидкости.*

**Life Prolonging Treatment** – Any medical procedure, device or medication used to keep a person alive.

***Продлевающее жизнь лечение** – Любая медицинская процедура, в т. ч. использование устройств и (или) медицинских препаратов, позволяющая поддерживать жизнедеятельность пациента.*

**Organ/Tissue Donation** – stating that organs or tissues of the body can be used after one's death, to replace the diseased or failed organs of another person.

***Пожертвование органов и тканей (посмертное донорство)** – Письменное разрешение использовать органы и (или) ткани тела пациента после его смерти с целью замены больных или отказавших органов другого пациента.*

**Pain and Symptom Control** – Medical treatment and nursing care that can be given to keep a person comfortable.

***Устранение (снятие) боли и симптомов** – Медицинские лечение и уход, позволяющие пациенту чувствовать себя комфортно.*

**Ventilator or Respirator** – A breathing machine for persons who are unable to breathe on their own. A tube is inserted through the person's mouth or nose (intubation) into the lungs. For longer periods of time a surgical procedure places the tube through the neck into the windpipe.

***Система искусственной вентиляции легких (дыхательный аппарат, респиратор)** – Механизм искусственного дыхания для пациентов, неспособных дышать самостоятельно. Через рот или через нос пациента вставляется трубка, достигающая легких (процесс интубации). В некоторых случаях, если требуется длительная искусственная вентиляция легких, производится хирургическая операция, позволяющая вставлять трубку через шею в дыхательное горло (трахею).*

**If you are mailing a copy of your document to a hospital  
in which you have NOT been a patient,  
please include this page and fill in your name  
and Social Security number.**

*Если Вы отправляете экземпляр Вашей доверенности по  
почте в больницу, пациентом которой Вы НЕ БЫЛИ,  
пожалуйста, вложите эту страницу и укажите на ней  
Ваши имя, фамилию и номер в системе соцобеспечения.*

**First & Last Name (Имя, фамилия):** \_\_\_\_\_

**Social Security**

*№ в системе соцобеспечения*

				-			-					
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

---

**This is necessary to create a valid medical record at the hospital.  
*Это необходимо для создания Вашей действительной  
медицинской записи в больнице.***

**You do NOT need this page unless you are sending a copy of your document  
to a hospital in which you have not been a patient.**

**Если Вы не посылаете экземпляр Вашей доверенности в больницу, где Вы  
еще не были пациентом, Вам эта страница НЕ требуется.**

**Power of Attorney for Health Care for:**  
*Доверенность на право принимать решения,  
относящиеся к медицинскому обслуживанию*

**Last Name (Фамилия):** \_\_\_\_\_

**Maiden Name (if applicable):** \_\_\_\_\_  
*(Девичья фамилия (если применима))*

**First Name (Имя):** \_\_\_\_\_

**Date of Birth (Дата рождения):** \_\_\_\_\_

**Sex (Пол):**  **Male (Мужской)**  **Female (Женский)**

**Address (Адрес):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telephone (Телефон):** \_\_\_\_\_

**Copies of this document have been given to:**  
*(Копии настоящего документа получили)*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**Power of Attorney for Health Care Document**  
**Доверенность на право принимать решения,**  
**относящиеся к медицинскому обслуживанию**

***Notice to the Person Making this Document:***

***К сведению лица, заполняющего бланк документа***

You have the right to make decisions about your health care. No health care may be given to you over your objection, and necessary health care may not be stopped or withheld without your permission.

*Вы имеете право принимать решения, относящиеся к Вашему медицинскому обслуживанию. Никакие медицинские услуги не могут быть Вам предоставлены, если Вы возражаете против их предоставления, и предоставление необходимых Вам медицинских услуг не может быть прекращено или приостановлено без Вашего согласия.*

Because your health care providers in some cases may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you, they are often unfamiliar with your beliefs and values and the details of your family relationships. This poses a problem if you become physically or mentally unable to make decisions about your health care.

*В некоторых случаях учреждения, предоставляющие медицинские услуги, не имеют возможности близко познакомиться с пациентом и часто незнакомы с верованиями, мнениями и системой ценностей пациента, а также с подробностями его семейных взаимоотношений. В результате, если пациент становится физически или психически неспособен принимать решения, относящиеся к его медицинскому обслуживанию, могут возникать проблемы.*

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify a person who you would want to make health care decisions for you if you become unable to make those decisions personally. That person is known as your Health Care Agent. You should take some time to discuss your thoughts and beliefs about medical treatment with the person or persons whom you have specified as your Health Care Agent. You may state in this document any types of health care that you do or do not desire, and you may limit the authority of your Health Care Agent. If your Health Care Agent is unaware of your desires with respect to a particular health care decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

*Для того, чтобы избежать возникновения таких проблем, Вы можете подписать этот юридический документ, передающий указанному Вами лицу право принимать от Вашего имени решения, относящиеся к Вашему медицинскому обслуживанию, в том случае, если Вы будете неспособны принимать такие решения самостоятельно. Такое лицо называется доверенным лицом, принимающим решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию. Уделите некоторое время обсуждению Ваших мнений и намерений, касающихся медицинского обслуживания, с тем лицом или с теми лицами, которых Вы укажете в качестве Ваших доверенных лиц, принимающих за Вас решения, относящиеся*

Power of Attorney for Health Care Document

*доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию*

*к медицинскому обслуживанию. В доверенности Вы можете указать любые виды медицинского обслуживания, которыми Вы желаете или не желаете пользоваться; кроме того, Вы можете ограничить полномочия указанного Вами лица, принимающего за Вас решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию. Даже если доверенному лицу, принимающему за Вас решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, неизвестны Ваши пожелания, касающиеся тех или иных медицинских услуг, такое доверенное лицо должно будет принять за Вас решение, которое, по мнению этого лица, наилучшим образом отвечает Вашим интересам.*

This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make health care decisions for you. It revokes any prior power of attorney for health care that you may have made. If you wish to change your Power of Attorney for Health Care, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement or by stating that it is revoked in the presence of two witnesses. If you revoke your Power of Attorney for Health Care, you should notify your agent, your health care providers and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, this document is invalid. In such circumstances, you may not be able to rely on your designations of alternative Health Care Agents and you should execute an entirely new Power of Attorney for Health Care.

*Доверенность — важный юридический документ. Она передает Вашему доверенному лицу широкие полномочия в том, что относится к принятию решений от Вашего имени в сфере медицинского обслуживания. Эта доверенность заменяет и отменяет любые подписанные Вами ранее доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию. Если в дальнейшем Вы пожелаете изменить Вашу доверенность на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, Вы можете в любое время аннулировать ее, уничтожив ее или поручив находящемуся в Вашем присутствии лицу уничтожить ее, или подписав датированный письменный документ, отменяющий эту доверенность, в присутствии двух свидетелей. Если Вы отмените Вашу доверенность на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, Вы должны известить об этом назначенное Вами доверенное лицо, обслуживающее Вас медицинское учреждение и любых других лиц, которым Вы передали экземпляры доверенности. Если Вашим доверенным лицом является Ваш супруг или Ваша супруга и после подписания этой доверенности будут иметь место аннулирование или расторжение Вашего брака, настоящая доверенность станет недействительной. В таких обстоятельствах назначенные Вами другие, альтернативные доверенные лица могут потерять их полномочия на принятие решений, относящихся к Вашему медицинскому обслуживанию, и Вам следует составить и подписать новую доверенность на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию.*

You may also use this document to make or refuse to make any anatomical gift (donation of organs or tissue) upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior document of an anatomical gift you may have made. You may revoke or change any anatomical gift that you make by this document by crossing out the anatomical gifts provision in this document.

*Вы можете также воспользоваться настоящей доверенностью с тем, чтобы разрешить или запретить те или иные анатомические пожертвования (органов или тканей), возможные в случае Вашей смерти. Если Вы пользуетесь настоящей доверенностью с тем, чтобы разрешить или запретить то или иное анатомическое пожертвование, подписание этой доверенности приведет к отмене любого подписанного Вами ранее документа, предусматривавшего разрешение или запрещение такого анатомического пожертвования. Вы можете отменить или изменить выбор анатомических пожертвований, разрешаемых или запрещаемых Вами с помощью настоящей доверенности, зачеркнув относящиеся к анатомическим пожертвованиям положения этой доверенности.*

Do not sign this document unless you clearly understand it. You must also have your signature witnessed.

*Не подписывайте этот документ, если Вы не понимаете его содержание целиком и полностью. Необходимо также, чтобы свидетели заверили Вашу подпись под документом.*

It is suggested that you keep the original of this document on file and give copies to your healthcare provider (s), each of your agents, and to whomever you want to have a copy.

*Рекомендуется оставлять у себя оригинальный экземпляр настоящей доверенности и передавать представителям обслуживающих Вас медицинских учреждений, Вашим доверенным лицам и, по Вашему усмотрению, любым другим лицам, копии доверенности.*

## **Part I — Appointing a person to make my health care decisions when I can't make my own health care decisions**

### ***Часть I — Назначение доверенного лица, принимающего решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию составителя доверенности в том случае, если составитель доверенности неспособен принимать такие решения самостоятельно***

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent. This person will make my health care decisions when I am determined to be incapable to make health care decisions as provided under Wisconsin state law.

*На тот случай, если я не буду способен (способна) самостоятельно принимать решения, относящиеся к моему медицинскому обслуживанию, в настоящем документе указывается выбранное мною лицо, имеющее право принимать такие решения от моего имени. Это лицо назначается моим доверенным лицом, принимающим решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию. Это лицо будет принимать за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, если, в соответствии с положениями законов штата Висконсин, будет определено, что я неспособен (неспособна) самостоятельно принимать такие решения*

### ***Instructions for Completing this Part:***

#### ***Инструкции по заполнению этой части бланка доверенности***

When selecting someone to be your Health Care Agent, pick someone who knows you well, who you trust, who is willing to respect your views and values, and who is able to make difficult decisions in stressful circumstances. Often family members are good choices, but not always. Make sure that you pick someone who will closely follow what you want and will be a good advocate for you. Whatever you do, take time to discuss this document and your views with the person(s) you pick to be your agent. Note that in the event your Health Care Agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, this document is invalid. In such circumstance, you may not be able to rely on your designations of alternative Health Care Agents and you should execute an entirely new Power of Attorney for Health Care.

*Назначая доверенное лицо, принимающее от Вашего имени решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, выбирайте хорошо знающего Вас человека, которому Вы доверяете, человека, склонного уважать Ваши взгляды и ценности и способного принимать трудные решения в напряженной обстановке. Часто (но не всегда) в таких случаях выбирают родственников. Убедитесь в том, что Вы выбираете человека, который будет точно следовать Вашим указаниям и сможет действительно представлять Ваши интересы. Не торопитесь: обсудите этот документ и Ваши мнения с теми, кого Вы могли бы назначить Вашими доверенными лицами. Учитывайте, что в том случае, если Вы назначите доверенным лицом, принимающим за Вас решения, относящиеся к медицинскому*

Power of Attorney for Health Care Document

*доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию*

*обслуживанию, Вашего супруга или Вашу супругу, и если впоследствии Ваш брак будет аннулирован или расторгнут после подписания настоящей доверенности, эта доверенность станет недействительной. В таких обстоятельствах назначенные Вами другие, альтернативные доверенные лица могут потерять их полномочия на принятие решений, относящихся к Вашему медицинскому обслуживанию, и Вам придется составить и подписать новую доверенность на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию.*

Your Health Care Agent should be at least 18 years or older and should not be your health care providers or an employee of your health care provider unless they are a close relative. Space has been provided for a second and third alternate Health Care Agent.

*Доверенное лицо, принимающее за Вас решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, должно быть не моложе 18 лет, и не может быть представителем или работником обслуживающего Вас медицинского учреждения, если это лицо не является Вашим близким родственником. Предусмотрена возможность назначения второго и третьего альтернативных доверенных лиц, имеющих право принимать решения, относящиеся к Вашему медицинскому обслуживанию.*

**The person I choose as my Health Care Agent is:**

***Я назначаю моим доверенным лицом, имеющим право принимать за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, следующее лицо:***

Name (Имя, фамилия): \_\_\_\_\_

Day phone (Тел. (днем)): \_\_\_\_\_

Evening phone (Тел. (вечером)): \_\_\_\_\_

Address (Адрес): \_\_\_\_\_

City (Город): \_\_\_\_\_ State (Штат): \_\_\_\_\_

Zip (Почтовый индекс): \_\_\_\_\_

If this Health Care Agent is unable or unwilling to make these choices for me, **then my next choice for a Health Care Agent is:**

*На тот случай, если вышеупомянутое доверенное лицо не сможет или не пожелает принимать за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, я назначаю моим вторым доверенным лицом, имеющим право принимать за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, следующее лицо.*

**Second choice (Второе доверенное лицо):**

Name (Имя, фамилия): \_\_\_\_\_

Day phone (Тел. (днем)): \_\_\_\_\_

Evening phone (Тел. (вечером)): \_\_\_\_\_

Address (Адрес): \_\_\_\_\_

City (Город): \_\_\_\_\_ State (Штат): \_\_\_\_\_

Zip (Почтовый индекс): \_\_\_\_\_

If this Health Care Agent is unable or unwilling to make these choices for me, then my next choice for a Health Care Agent is:

*На тот случай, если вышеупомянутое второе доверенное лицо не сможет или не пожелает принимать за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, я назначаю моим третьим доверенным лицом, имеющим право принимать за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, следующее лицо:*

**Third choice (Третье доверенное лицо):**

Name (Имя, фамилия): \_\_\_\_\_

Day phone (Тел. (днем)): \_\_\_\_\_

Evening phone (Тел. (вечером)): \_\_\_\_\_

Address (Адрес): \_\_\_\_\_

City (Город): \_\_\_\_\_ State (Штат): \_\_\_\_\_

Zip (Почтовый индекс): \_\_\_\_\_

## Part II — General Authority of the Health Care Agent

### Часть II — Общие полномочия доверенного лица, принимающего решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию

I want my Health Care Agent to be able to do the following (Please cross out anything you do not want your Health Care Agent to do that is listed below):

*Я желаю, чтобы назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, имело следующие полномочия (пожалуйста, зачеркните те из перечисленных ниже положений, которые, по Вашему мнению, не должны относиться к назначенному Вами доверенному лицу).*

- To make choices for me about my medical care and services, like tests, medicine, and surgery. If treatment has already been started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped depending upon my stated instructions or my best interests.

*Полномочия выбирать от моего имени предоставляемые мне медицинские услуги, такие, как анализы, лечение лекарственными препаратами и хирургические операции. Если то или иное лечение уже началось, назначенное мною доверенное лицом может принять решение о продолжении или прекращении такого лечения, в соответствии с приведенными мною указаниями или в моих лучших интересах.*

- To interpret any instruction I have given in this document or given in other discussions according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.

*Полномочия истолковывать любые указания, приведенные мною в этом документе, а также мои устные указания, в соответствии с пониманием моих пожеланий и ценностей доверенным лицом, принимающим за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию.*

- To review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.

*Полномочия просматривать мои медицинские записи и личные данные и передавать их другим лицам в той мере, в какой это необходимо для обеспечения моего медицинского обслуживания.*

- To arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state, as my Health Care Agent thinks appropriate.

*Полномочия организовывать мое медицинское обслуживание и лечение в штате Висконсин и в любом другом штате по усмотрению доверенного лица, принимающего за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию.*

- To determine which health professionals and organizations provide my medical treatment.

*Полномочия выбирать медицинских специалистов и учреждения, предоставляющие мне медицинское обслуживание.*

My Health Care Agent may not admit or commit me on an inpatient basis to an institution for mental diseases, an intermediate care facility for the mentally retarded, a state treatment facility or a treatment facility. My Health Care Agent may not consent to experimental mental health research or psychosurgery, electroconvulsive treatment or drastic mental health treatment procedures for me.

*Назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, не имеет права давать согласие на мою госпитализацию в психиатрическом учреждении, в учреждении, осуществляющем временный уход за умственно отсталыми пациентами, а также в правительственном или другом учреждении, преследующем цель некарательного воздействия на содержащихся в нем лиц. Назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, не имеет права давать согласие на прохождение мною экспериментальных психиатрических исследований или психохирургического лечения, электрошокового лечения или каких-либо радикальных процедур, направленных на лечение психиатрических заболеваний.*

### ***Instructions for Completing these Sections:***

### ***Инструкции по заполнению следующих разделов***

Initial or mark the box either a “yes,” “no,” or “not applicable” box in the following three sections. If you do not initial or make a mark in any box in a section and make no clear choice, the statute in Wisconsin says your choice is considered to be “no.” This means if you do not indicate a choice, in Wisconsin only a court may make such a decision and not your Health Care Agent.

*Заполняя следующие три раздела, отмечайте своими инициалами или галочкой ответы «Да», «Нет» или «Не применяется» в предусмотренных для этого полях. В соответствии с законами штата Висконсин, если Вы не проставите свои инициалы или галочку в поле того или иного раздела и не сделаете определенный выбор, считается, что Вы выбрали отрицательный ответ. Поэтому, если Вы не сделаете определенный выбор, в штате Висконсин решение по соответствующему вопросу сможет принять только суд, но не назначенное Вами доверенное лицо.*

**1. Agent authority to admit me to a nursing home or community-based residential facility for purpose of long-term care.**

***Полномочия доверенного лица, относящиеся к моему поступлению в лечебницу-интернат или в районный общественный дом престарелых с целью предоставления мне долгосрочного ухода.***

*(Initial or mark one box.)*

*(Отметьте инициалами или галочкой одно из полей.)*

- Yes, my Health Care Agent has authority, if necessary to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long term stay, subject to any limits I have set forth in this document.

*Да, назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, уполномочено, в случае необходимости, принимать решения о моем поступлении в лечебницу-интернат или в районный общественный дом престарелых с целью предоставления мне долгосрочного ухода, с учетом любых ограничений, предусмотренных мною в настоящем документе.*

- No, my Health Care Agent does not have authority to admit me to a Wisconsin nursing home or a community-based residential facility for a long-term stay. *If I check "no," I cannot be admitted to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay without a court order.*

*Нет, назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, не уполномочено принимать решения о моем поступлении в лечебницу-интернат в штате Висконсин или в районный общественный дом престарелых с целью предоставления мне долгосрочного ухода. Выбирая ответ «Нет», я подтверждаю, что не желаю поступать в лечебницу-интернат или в районный общественный дом престарелых без соответствующего судебного приказа.*

**2. Agent authority to order the withholding or withdrawal of feeding tube and I.V. hydration.**

***Полномочия доверенного лица, относящиеся к приостановлению или прекращению принудительного ввода питательных веществ и внутривенной гидратации.***

*(Initial or mark one box.)*

*(Отметьте инициалами или галочкой одно из полей.)*

- Yes, my Health Care Agent has authority to have a feeding tube or I.V. hydration withheld or withdrawn from me subject to any limits I have set forth in this document.

*Да, назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, уполномочено требовать приостановления или прекращения применяемых в отношении ко мне принудительного ввода питательных веществ и внутривенной гидратации, с учетом любых ограничений, предусмотренных мною в настоящем документе.*

No, my Health Care Agent does not have authority to have a feeding tube or I.V. hydration withheld or withdrawn from me. *If I check "no," feeding tubes or I. V. hydration cannot be withheld or withdrawn in Wisconsin without a court order.*

*Нет, назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, не уполномочено требовать приостановления или прекращения применяемых в отношении ко мне принудительного ввода питательных веществ и внутривенной гидратации. Выбирая ответ «Нет», я запрещаю приостанавливать или прекращать применяемые по отношению ко мне в штате Висконсин принудительный ввод питательных веществ и внутривенную гидратацию без соответствующего судебного приказа.*

### **3. Agent authority to make decisions if I am pregnant.**

#### ***Полномочия доверенного лица принимать решения в случае моей беременности.***

*(Initial or mark one box.)*

*(Отметьте инициалами или галочкой одно из полей.)*

Yes, my Health Care Agent has authority to make decisions for me if I am pregnant, subject to any limits I have later set forth in this document.

*Да, назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, уполномочено принимать от моего имени решения в том случае, если я буду беременна, с учетом любых ограничений, предусмотренных мною в настоящем документе.*

No, my Health Care Agent does not have authority to make decisions for me if I am pregnant. *If I check "no," health care decisions cannot be made for me without a court order during my pregnancy.*

*Нет, назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, не уполномочено принимать от моего имени решения в том случае, если я буду беременна. Выбирая ответ «Нет», я запрещаю принимать за меня решения, относящиеся к моему медицинскому обслуживанию во время моей беременности, в отсутствие соответствующего судебного приказа.*

Not applicable, because I am either a male or have reached menopause or have had a hysterectomy.

*Не применяется, так как я мужчина или так как я женщина, достигшая возраста менопаузы или подвергнувшаяся гистерэктомии.*

### **Part III— Statement of Desires, Special Provisions, or Limitations**

#### ***Часть III — Описание пожеланий, особых положений и ограничений***

My Health Care Agent shall make decisions consistent with my stated desires, and is subject to any special instructions or limitations that I may list here. The following are some specific instructions for my Health Care Agent and/or physician providing my medical care. If I require treatment in a state that does not recognize this Power of Attorney for Health Care, or my Health Care Agent cannot be contacted, I want the instructions below to be followed based on my common law and constitutional right to direct my own health care.

*Назначенное мною доверенное лицо будет принимать от моего имени относящиеся к медицинскому обслуживанию решения, соответствующие выраженным мною пожеланиям, с учетом любых особых указаний или ограничений, предусмотренных в настоящей доверенности. Ниже приводятся некоторые особые указания назначенному мною доверенному лицу, принимающему за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, и (или) врачу, предоставляющему мне медицинское обслуживание. Если мне потребуется то или иное лечение на территории штата, законы которого не предусматривают выполнения положений настоящей доверенности, или если не будет никакой возможности связаться с назначенным мною доверенным лицом, я желаю, чтобы приведенные ниже указания выполнялись и определяли объем предоставляемого мне медицинского обслуживания в той мере, в какой это возможно на основе общего права и моих конституционных прав.*

#### ***Instructions for Completing this Part:***

#### ***Инструкции по заполнению этой части бланка доверенности***

The following instructions are optional. If you choose not to provide any instructions, your health care agent will make decisions based on your oral instructions or what is considered your best interest. If you choose **not** to provide any instructions, draw a line and write “no instructions” across the page.

*Выполнение следующих инструкций по заполнению бланка не обязательно. Если Вы не пожелаете давать какие-либо указания, назначенное Вами доверенное лицо будет принимать решения на основе Ваших устных указаний и его понимания Ваших интересов. Если Вы **не желаете** давать какие-либо указания, зачеркните соответствующую страницу и напишите на ней «No instructions» («Без указаний»).*

## **Stopping Attempts of Life Prolonging Treatments:**

### ***Прекращение попыток лечения и процедур, продлевающих жизнь***

*(Either initial or mark the box.)*

*(Отметьте поле своими инициалами или галочкой.)*

If I reach a point where it is reasonably certain that I will not recover my ability to interact meaningfully with family, friends, environment, and myself, I want to stop or withhold **all** treatments that might be used to prolong my existence. Treatments I would not want if I were to reach this point include tube feedings, I.V. hydration, respirator/ventilator, CPR, and antibiotics.

*Если мое состояние будет таково, что не будет возникать никаких разумных сомнений в невозможности моего дальнейшего осмысленного взаимодействия с родственниками и друзьями и в прекращении сознательного восприятия мною окружающих меня людей и предметов и своей собственной личности, я желаю, чтобы все виды лечения и процедуры, применяемые с целью продления моего существования, были прекращены или приостановлены. К числу видов лечения и процедур, от которых я отказываюсь в случае возникновения такой ситуации, относятся принудительный ввод питательных веществ, внутривенная гидратация, применение систем искусственной вентиляции легких, сердечно-легочная реанимация и применение антибиотиков.*

## **Pain and Symptom Control:**

### ***Устранение боли и симптомов***

*(Either initial or mark the box.)*

*(Отметьте поле своими инициалами или галочкой.)*

If I reach a point where efforts to prolong my life are stopped, I want medical treatments and nursing care that will make me comfortable.

*Если мое состояние будет таково, что дальнейшие попытки продления моей жизни будут прекращены, я желаю, чтобы мне были предоставлены лечение и медицинский уход, делающие мое существование комфортабельным.*

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):**  
**Сердечно-легочная реанимация (СЛР)**

My CPR choice listed below may be reconsidered by my Health Care Agent in light of my other instructions or new medical information, if I become incapable of making my own decisions. If I do not want CPR attempted, my physician should be made aware of this choice. If I indicate below that I do not want CPR attempted, this choice, in itself, will not stop emergency personnel from attempting CPR in an emergency. Other documents may be needed to control the actions of emergency personnel.

*Приведенные мною ниже указания, относящиеся к сердечно-легочной реанимации (СЛР), могут быть изменены назначенным мною доверенным лицом, принимающим за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, с учетом других моих указаний или новой медицинской информации, если я буду неспособен (неспособна) принимать решения самостоятельно. Если я не желаю, чтобы предпринимались попытки такой реанимации, мой врач должен быть извещен о моем решении. Мое приведенное ниже указание, свидетельствующее о моем нежелании подвергаться сердечно-легочной реанимации, само по себе недостаточно для прекращения таких попыток медицинским персоналом отделения скорой помощи в случае необходимости оказания такой помощи. Для ограничения полномочий персонала отделения скорой помощи могут потребоваться другие документы.*

*(Initial or mark one box.)*

*(Отметьте инициалами или галочкой одно из полей.)*

I want Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) attempted if my heart stops.

*Я желаю, чтобы в случае остановки моего сердца предпринимались попытки сердечно-легочной реанимации (СЛР).*

I do not want CPR attempted if my heart stops.

*Я не желаю, чтобы в случае остановки моего сердца предпринимались попытки сердечно-легочной реанимации (СЛР).*

I want Cardiopulmonary Resuscitation attempted unless my physician determines one of the following:

- I have an incurable illness or injury and am dying; OR
- I have no reasonable chance of survival if my heart stops; OR
- I have little chance of long-term survival if my heart stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.

*Я желаю, чтобы попытки моей сердечно-легочной реанимации (СЛР) предпринимались только в том случае, если лечащий меня врач не сделает одного из следующих заключений:*

- *что я неизлечимо болен (больна) и умираю или что мне нанесена смертельная травма; ИЛИ*
- *что у меня нет разумных шансов выжить в случае остановки*

- моего сердца; ИЛИ*
- *что у меня очень мало шансов прожить длительное время в случае остановки моего сердца, и что процесс реанимации причинит мне существенные страдания.*

### **Upon my Death:**

#### ***Указания, выполняемые после смерти составителя доверенности***

After my death the following are my instructions. If my Health Care Agent does not have authority to make these decisions, I ask that my next of kin and physician follow these requests if possible.

*Ниже приводятся мои указания, которые должны быть выполнены после моей смерти. Если назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, не уполномочено принимать решения, связанные с приведенными ниже указаниями, я прошу моего ближайшего родственника и моего врача выполнить, по возможности, эти требования.*

#### ***Donation of my Organs or Tissue:***

##### ***Пожертвование органов или тканей***

*(Initial or mark one box.)*

*(Отметьте инициалами или галочкой одно из полей.)*

I wish to donate only the following organs or parts (Name the specific organs or tissue): \_\_\_\_\_

*Я желаю пожертвовать только следующие органы или части тела (перечислите определенные органы или ткани): \_\_\_\_\_*

I wish to donate any organs or tissue if I am a candidate.

*Я желаю пожертвовать любые органы или ткани, если это будет сочтено целесообразным.*

I do not want to donate any organ or tissue.

*Я не желаю жертвовать какие-либо органы или ткани.*

**Autopsy:  
Вскрытие**

*(Initial or mark both the first and second choice or just one choice.)*

*(Выберите один или оба ответа, проставив свои инициалы или галочку в соответствующих полях.)*

I would accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.

*Я выражаю согласие на вскрытие в том случае, если оно поможет моим родственникам понять причину моей смерти или принимать, в дальнейшем, их собственные решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию*

I would accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

*Я выражаю согласие на вскрытие в том случае, если оно будет способствовать дальнейшему развитию медицины или медицинскому образованию.*

I do not want an autopsy performed on me.

*Я не желаю, чтобы мое тело подвергалось вскрытию.*

**Religion:**

**Указания, относящиеся к религии**

I am of the \_\_\_\_\_ faith, and am a member of the \_\_\_\_\_ congregation, synagogue, or worship group. Phone number of congregation, synagogue, or worship group (if known):

Please attempt to notify them.

*Я исповедую \_\_\_\_\_ и посещал(а) следующие церковь, синагогу или или молитвенное собрание: \_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_ . Номер телефона церкви, синагоги или молитвенного собрания (если известен): \_\_\_\_\_*

*Прошу, по возможности, известить вышеупомянутую организацию.*

**Persons I Want My Agent to Include in the Decision Process:**

*Лица, с которыми я рекомендую назначенному мною доверенному лицу советоваться в процессе принятия решений:*

I ask that my Health Care Agent seek input from the following persons in my health care decisions if there is time: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Я прошу назначенное мною доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию, советоваться в процессе принятия таких решений со следующими лицами, если позволят обстоятельства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_*

**Part IV – Making the Document Legal**  
**Часть IV – Придание документу юридической силы**

**Instructions for Completing this Section:**  
**Инструкции по заполнению этой части бланка доверенности**

Wisconsin residents must have this document signed and dated in the presence of two witnesses.  
*Жители штат Висконсин должны подписывать и датировать настоящую доверенность в присутствии двух свидетелей.*

**I am thinking clearly, I agree with everything that is written in this document, and I have made this document voluntarily.**

*Находясь в здравом уме, я подтверждаю все положения и указания, содержащиеся в настоящем документе, и добровольно подписываю этот документ.*

\_\_\_\_\_  
My signature (*Подпись составителя доверенности*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Дата*)

**If I cannot sign my name, I can ask someone to sign this document for me.**

*Если я не могу подписать этот документ самостоятельно, я могу попросить другого человека подписать его от моего имени.*

\_\_\_\_\_  
Signature of the person who I asked to sign this document for me.  
*Подпись лица, которое попросили подписать доверенность от имени составителя доверенности*

\_\_\_\_\_  
Print the name of the person who I asked to sign this document for me.  
*Имя и фамилия лица, которое попросили подписать доверенность от имени составителя доверенности (печатными буквами)*

## Statement of Witnesses

### Заявление свидетелей

I personally know the person who signed this document. I believe him or her to be of sound mind and at least 18 years of age. I personally witnessed him or her sign this document, and I believe that he or she did so voluntarily.

*Мне лично известно лицо, подписавшее настоящий документ. Я считаю, что это лицо находится в здравом уме и не моложе 18 лет. Я лично присутствовал(а) при подписании настоящего документа этим лицом и считаю, что это лицо подписало его добровольно.*

By signing this document as a witness, I certify that I am:

*Подписывая настоящий документ в качестве свидетеля, я подтверждаю*

- at least 18 years of age.  
*что я не моложе 18 лет;*
- not a Health Care Agent appointed by the person signing this document.  
*что я не являюсь доверенным лицом, назначенным составителем доверенности, подписавшим настоящий документ;*
- not related to the person signing this document by blood, marriage, or adoption.  
*что я не являюсь кровным родственником, приемным сыном, приемной дочерью, отчимом, мачехой или родственником супруга или супруги лица, подписавшего настоящий документ;*
- not directly financially responsible for that person's health care.  
*что я не несу непосредственной финансовой ответственности за медицинское обслуживание составителя доверенности;*
- not a health care provider serving the person at this time.  
*что я не представляю учреждение, предоставлявшее составителю доверенности медицинское обслуживание во время подписания настоящего документа;*
- not an employee (other than a social worker or chaplain) of (i) a health care provider serving the person at this time or (ii) an inpatient health care facility of which the patient is admitted or receiving treatment.  
*что я не являюсь работником (i) учреждения, предоставлявшего составителю доверенности медицинское обслуживание во время подписания настоящего документа, или (ii) медицинского учреждения, осуществляющего постоянный уход за пациентами, в которое поступил составитель доверенности или где проходит лечение составитель доверенности (это условие не относится к работникам системы социального обеспечения и капелланам);*

- to the best of my knowledge I am not entitled to and do not have a claim against the person's estate.

*что, насколько мне известно, я не имею и не могу предъявлять никаких прав на наследственное имущество и наследственные имущественные права составителя доверенности.*

**Witness number 1:**  
**Свидетель № 1:**

\_\_\_\_\_  
Signature (Подпись)

\_\_\_\_\_  
Print Name (Имя, фамилия (печатными буквами))

\_\_\_\_\_  
Address (Адрес)

\_\_\_\_\_  
Date (Дата)

**Witness number 2:**  
**Свидетель № 2:**

\_\_\_\_\_  
Signature (Подпись)

\_\_\_\_\_  
Print Name (Имя, фамилия (печатными буквами))

\_\_\_\_\_  
Address (Адрес)

\_\_\_\_\_  
Date (Дата)

**Optional Questions:**

***Дополнительные вопросы***

**You may wish to fill in an answer to the items below or to write your own thoughts here or on an additional page.**

***Вы можете заполнить следующие графы или записать свои замечания ниже или на дополнительной странице.***

**Other Instructions or Limitations I Want My Health Care Agent to Follow:**

***Прочие указания и ограничения, которые должно соблюдать доверенное лицо, принимающее за меня решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию:***

**If I am Nearing My Death, I Want the Following: (List things that would make dying more meaningful for you.)**

*Я желаю, чтобы следующие указания выполнялись, когда я буду находиться при смерти (перечислите указания, выполнение которых перед Вашей смертью имеет для Вас значение).*

**If I am Nearing My Death and Cannot Speak, I want my Friends and Family to Know:**

*Если я буду находиться при смерти и не смогу говорить, я хочу, чтобы мои друзья и родственники знали следующее:*

**Other thoughts or comments:**

*Прочие мысли и замечания*

*Adapted with permission from Gundersen Lutheran and provided by Aurora Health Care.*

*Текст используется с разрешения организации Gundersen Lutheran и предоставляется организацией Aurora Health Care.*

Power of Attorney for Health Care Document  
*доверенности на право принимать решения, относящиеся к медицинскому обслуживанию*