

PIĘĆ ŻYCZEŃ[®] FIVE WISHES[®]

MOJE ŻYCZENIE NA TEMAT:

Osoby, którą wyznaczam, aby podejmowała za mnie decyzje,
gdy nie będę w stanie ich samodzielnie podejmować

Opieki medycznej, której chcę lub której nie chcę

Jak komfortowo chcę się czuć

Jak chcę, by mnie traktowano

O czym chcę powiedzieć moim bliskim

nazwisko czytelnie

print your name

data urodzenia

birthdate

Pięć Życzeń

Wiele rzeczy w naszym życiu znajduje się poza naszą kontrolą. Niniejsza broszura Pięć Życzeń daje Panu/Pani sposób kontrolowania bardzo ważnej rzeczy – sposobu traktowania w przypadku poważnej choroby. Łatwy do wypełnienia formularz pozwala na dokładne wyrażenie swych życzeń. Po wypełnieniu i oficjalnym podpisaniu staje się ważnym dokumentem w większości stanów.

Co to jest Pięć Życzeń?

Pięć Życzeń to pierwsze oświadczenie woli pro futuro (testament życia) poruszające temat Pana/Pani osobistych, emocjonalnych i duchowych, a także medycznych potrzeb. Pozwala ono Panu/Pani wybrać osobę, która będzie podejmować za Pana/Panią decyzje dotyczące leczenia, gdy nie będzie Pan/i w stanie ich sam/a podejmować. Pięć Życzeń pozwala Panu/Pani dokładnie wyrazić, jak Pan/i

chce być traktowany/a w przypadku poważnej choroby. Napisano je z pomocą Komisji ds. Prawa i Starzenia się Amerykańskiego Stowarzyszenia Adwokatury, oraz narodowych ekspertów opieki hospicyjnej. Jest również łatwe w użyciu. Musi Pan/i jedynie zaznaczać okienka, zakreślać polecenia lub napisać kilka zdań.

Jak Pięć Życzeń może pomóc Panu/Pani i Pana/Pani rodzinie

- Pozwala Panu/Pani na rozmowę z rodziną, przyjaciółmi i lekarzem na temat sposobu, w jaki Pan/i chce być traktowany/a w razie poważnej choroby.
- Członkowie Pana/Pani rodziny nie będą musieli odgadywać Pana/Pani życzeń. Dokument chroni ich, jeśli poważnie Pan/i zachoruje, ponieważ nie będą musieli podejmować trudnych decyzji nie znając Pana/Pani życzeń.
- Można się dowiedzieć, jakie życzenia ma Pana/i matka, ojciec, małżonek/ka lub przyjaciel dzięki oświadczeniu woli pro futuro Pięć Życzeń. Może Pan/i ich wspierać gdy będą tego najbardziej potrzebować. Zrozumie Pan/i, czego naprawdę chcą.

Początki idei Pięciu Życzeń

Przez 12 lat pan nazwiskiem Jim Towey współpracował blisko z Matką Teresą, i przez rok mieszkał w hospicjum, które prowadziła w Waszyngtonie, DC. Zainspirowany tymi osobistymi doświadczeniami, p. Towey poszukiwał sposobu dla pacjentów i ich rodzin na planowanie

przyszłości i radzenie sobie z ciężką chorobą. Wynikiem tego jest Pięć Życzeń, które wywołały zdumiewający odzew. Mówiono o tym projekcie w CNN i w Today Show w NBC oraz na łamach pism *Time* oraz *Money*. Pisma nazwały Pięć Życzeń pierwszym „testamentem z sercem”.

Kto może korzystać z Pięciu Życzeń

Pięć Życzeń jest przeznaczone dla osób pełnoletnich – w związkach małżeńskich, stanu wolnego, rodziców, dorosłych dzieci, i przyjaciół. Ponad osiem milionów Amerykanów w każdym wieku skorzystało już z nich.

Ponieważ sprawdza się tak dobrze, prawnicy, lekarze, szpitale i hospicja, społeczności religijne, pracodawcy oraz grupy emerytów rozprowadzają ten dokument.

Stany projektu Pięciu Życzeń

Jeśli mieszka Pan/i w **Dystrykcie Kolumbii** lub w którymś z **40 stanów** wymienionych poniżej, może Pan/i skorzystać z Pięciu Życzeń i mieć pewność, że dokument odpowiada stanowym wymogom prawa:

Alaska	Idaho	Missouri	Rhode Island
Arizona	Illinois	Montana	Karolina
Arkansas	Iowa	Nebraska	Południowa
Kalifornia	Luizjana	New Jersey	Dakota Południowa
Kolorado	Maine	Nowy Meksyk	Tennessee
Connecticut	Maryland	Nowy Jork	Wirginia
Delaware	Massachusetts	Karolina Północna	Waszyngton
Floryda	Michigan	Dakota Północna	Wirginia Zachodnia
Georgia	Minnesota	Oklahoma	Wisconsin
Hawaje	Mississippi	Pensylwania	Wyoming

Jeśli Pana/Pani stanu nie wymieniono wśród tych 40, Pięć Życzeń nie odpowiada technicznym wymaganiom prawa Pana/Pani stanu. Dlatego niektórzy lekarze w tym stanie mogą niezbyt chętnie honorować Pięć Życzeń. Jednak wiele osób ze stanów spoza listy wypełnia Pięć Życzeń zgodnie z formą prawną legalną w ich stanie. Uważają, że Pięć Życzeń pomaga im wyrazić swe życzenia oraz stanowi pomocną wskazówkę dla członków rodziny, przyjaciół, personelu opieki i lekarzy. Większość lekarzy i pracowników służby zdrowia wie, że powinni wysłuchać Pana/Pani życzeń niezależnie od ich formy.

Pięć Życzeń zamiast istniejących ustaleń?

Może ma już Pan/i spisane oświadczenie woli pro futuro (testament życia) lub stałe pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej. Jeśli chce Pan/i zamiast tego skorzystać z Pięciu Życzeń, należy tylko wypełnić według instrukcji i podpisać nowe Pięć Życzeń. Po podpisaniu dokument anuluje wszelkie uprzednie wytyczne. Aby upewnić się co do użycia właściwego formularza, prosimy o wykonanie następujących czynności:

- Proszę zniszczyć wszystkie kopie staroego oświadczenia woli pro futuro lub stałego pełnomocnictwa dot. opieki zdrowotnej. Albo napisać “Revoked” (unieważnione) dużymi literami na posiadanej kopii. Proszę poinformować o tym prawnika, który pomagał przygotować te dokumenty. **ORAZ**
- Poinformować agenta ds. opieki zdrowotnej, rodzinę i lekarza, że wypełnił/a Pan/i nowy dokument Pięć Życzeń. Proszę się upewnić, że są poinformowani o nowych życzeniach.

ŻYCZENIE 1 — WISH 1

Osoba, którą wyznaczam, aby podejmowała za mnie decyzje, gdy nie będę w stanie ich samodzielnie podejmować.

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

Jeśli nie będę w stanie podejmować decyzji na temat mojej opieki zdrowotnej, niniejszy dokument wskazuje osobę, którą wyznaczam, aby podejmowała je za mnie. Może to być agent ds. opieki zdrowotnej (albo inny termin stosowany w moim stanie, jak pełnomocnik, przedstawiciel lub zastępca). Ta osoba będzie podejmować decyzje dotyczące mojej opieki zdrowotnej w wypadku, gdy wydarzą się obie z następujących sytuacji:

- *Lekarz opiekujący się mną lub prowadzący leczenie uzna, że nie jestem już w stanie podejmować decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, ORAZ*
- *Inny pracownik służby zdrowia to potwierdzi.*

Jeśli w moim stanie istnieje inny sposób na stwierdzenie, że nie jestem w stanie podejmować decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, wtedy należy postępować według przyjętej w tym stanie metody.

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

Wybór właściwej osoby na agenta ds. opieki zdrowotnej

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Radzimy wybrać kogoś, kto zna Pana/Panią dobrze, dba o Pana/Panią i kto potrafi podejmować trudne decyzje. Małżonek/ka lub członek rodziny może nie być najlepszym wyborem, gdyż czasem są zbyt zaangażowani emocjonalnie. Czasem są najlepszym wyborem. Pan/i sam wie najlepiej. Radzimy wybrać kogoś, kto potrafi ująć się za Panem/Panią, aby Pana/Pani życzenia były spełnione. Proszę też wybrać kogoś, kto najprawdopodobniej będzie niedaleko, by mógł pomóc, gdy zajdzie taka potrzeba. Czy agentem ds. opieki zdrowotnej będzie małżonek/ka, członek rodziny czy przyjaciel, prosimy upewnić się, że porozmawiacie na temat tych życzeń i że ta osoba zgadza się na uszanowanie i spełnianie Pana/Pani życzeń. Agent ds. opieki zdrowotnej powinien mieć **18 lub więcej lat** (w Kolorado 21 lub więcej) i **nie** powinien nim być:

- Nikt z personelu medycznego, włączając właściciela lub organizatora jednostki służby zdrowia bądź mieszkalnej lub społecznej jednostki opieki zajmującej się Panem/Panią.
- Pracownik ani współmałżonek pracownika Pańskiego personelu medycznego.
- Agent lub pełnomocnik 10 lub więcej osób, chyba, że jest Pana/Pani małżonkiem/ką lub bliskim krewnym.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

Osobą, którą wyznaczam na agenta ds. opieki zdrowotnej jest: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Osoba pierwszego wyboru *First Choice Name*

Telefon *Phone*

Adres *Address*

Miasto/Stan/Kod pocztowy *City/State/Zip*

Jeśli ta osoba nie może lub nie chce podejmować za mnie tych decyzji, *LUB* pozostaje ze mną w separacji lub jest ze mną rozwiedziona, *LUB* ta osoba zmarła, wtedy następujące osoby stanowią mój kolejny wybór:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Osoba drugiego wyboru *Second Choice Name*

Osoba trzeciego wyboru *Third Choice Name*

Adres *Address*

Adres *Address*

Miasto/Stan/Kod pocztowy *City/State/Zip*

Miasto/Stan/Kod pocztowy *City/State/Zip*

Telefon *Phone*

Telefon *Phone*

Jeśli zmienię zdanie co do posiadania agenta ds. opieki zdrowotnej, wtedy

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- Zniszczę wszystkie kopie tej części formularza Pięciu Życzeń. *LUB*
- Powiem komuś, na przykład lekarzowi lub rodzinie, że chcę anulować lub zmienić ustanowienie agenta ds. opieki zdrowotnej. *LUB*
- Napiszę “Revoked” (unieważnione) dużymi literami na nazwisku każdego agenta, którego pełnomocnictwo chcę unieważnić. Podpiszę się na tej stronie.

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

Rozumiem, że mój agent ds. opieki zdrowotnej może podejmować decyzje na temat opieki zdrowotnej za mnie. Chcę, aby mój agent mógł: **(Proszę skreślić wszystko, na co nie chce Pan/i dać pełnomocnictwa agentowi.)**

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: **(Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)**

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Podejmować decyzje za mnie na temat mojej opieki medycznej lub usług, jak testów, leków lub operacji. Opieka ta lub usługi mogą mieć na celu wykrycie przyczyny mojej choroby lub znalezienie sposobu leczenia. Również może obejmować to opiekę mającą mnie utrzymać przy życiu. Jeśli terapia lub opieka już została rozpoczęta, mój agent ds. opieki zdrowotnej może kazać ją kontynuować lub zaprzestać. | <ul style="list-style-type: none">• Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none">• Interpretować wszelkie instrukcje, jakie zawarłem/am w niniejszym dokumencie lub w innych dyskusjach, zgodnie z rozumieniem moich życzeń i wartości przez mego agenta ds. opieki zdrowotnej. | <ul style="list-style-type: none">• Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none">• Wyrazić zgodę na przyjęcie do domu opieki, szpitala, hospicjum, lub domu starców w moim imieniu. Mój agent ds. opieki zdrowotnej może zatrudniać wszelkich pracowników medycznych, którzy mogą być niezbędni aby mi pomóc lub się mną zająć. Może też w razie potrzeby zwolnić takiego pracownika. | <ul style="list-style-type: none">• Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Podejmować decyzje na temat zażądania, zaprzestania lub niestosowania zabiegów, włączając sztucznie podawaną wodę i pożywienie oraz wszelkie inne zabiegi mające mnie utrzymać przy życiu. | <ul style="list-style-type: none">• Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none">• Mieć wgląd i decydować o ujawnianiu moich danych lekarskich i osobistych. Jeśli potrzeba mego podpisu aby uzyskać te dane, mój agent ds. opieki zdrowotnej ma prawo podpisać w moim imieniu. | <ul style="list-style-type: none">• See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Przenieść mnie do innego stanu w celu uzyskania niezbędnej opieki lub aby wypełnić moje życzenia. | <ul style="list-style-type: none">• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Aprobować lub odmawiać zgody na jakiegokolwiek leki lub zabiegi niezbędne dla uśmierzenia bólu. | <ul style="list-style-type: none">• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none">• Podejmować wszelkie działania prawne w celu realizacji moich życzeń. | <ul style="list-style-type: none">• Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dysponować moimi zdatnymi organami lub tkankami zgodnie z prawem. | <ul style="list-style-type: none">• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none">• Wnioskować o ubezpieczenie Medicare, Medicaid lub inne plany lub świadczenia ubezpieczeniowe dla mnie. Mój agent ds. opieki zdrowotnej ma prawo wglądu w moje osobiste dane takie jak konto bankowe, aby poznać dane niezbędne do wypełnienia koniecznych dokumentów. | <ul style="list-style-type: none">• Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none">• Poniżej wymienia się zmiany, dodatki lub ograniczenia do uprawnień mojego agenta ds. opieki zdrowotnej. | <ul style="list-style-type: none">• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

ŻYCZENIE 2 — WISH 2

Mój wybór opieki medycznej, której chcę lub której nie chcę.

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

Wierzę, że moje życie jest cenne i zasługuję na traktowanie z godnością. Gdy przyjdzie chwila, że ciężko zachoruję i nie będę w stanie sam/a za siebie decydować, chcę, aby następujące życzenia i wszelkie inne wytyczne przekazane przeze mnie mojemu agentowi ds. opieki zdrowotnej były szanowane i wypełnianie.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

O czym powinieneś pamiętać jako mój opiekun

- Nie chcę odczuwać bólu. Chcę, aby mój lekarz podał mi dostateczną ilość leków by uśmierzyć mój ból, nawet jeśli przez to będę senny/a lub będę więcej spać, niż spał(a)bym bez leków.
- Nie chcę, aby lekarze lub pielęgniarki czynili lub zaniedbali czegokolwiek z intencją odebrania mi życia.
- Chcę, aby podawano mi jedzenie i płyny do ust i utrzymywano w cieple i czystości.

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

W razie nagłego wypadku In Case Of An Emergency

W nagłym wypadku gdy przyjedzie karetka, jej personel może sprawdzić, czy ma Pan/i bransoletkę lub dokument **Nie reanimować**. Wiele stanów wymaga, aby mieć przy sobie wypełniony i podpisany przez lekarza dokument **Nie reanimować**. Dokument ten informuje personel karetki, że nie życzy Pan/i sobie stosowania zabiegów podtrzymujących przy życiu, gdy Pan/i umiera. Proszę sprawdzić u lekarza, czy należy mieć wypełniony dokument **Nie reanimować**.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

Co znaczy dla mnie „podtrzymywanie przy życiu”

Podtrzymywanie przy życiu oznacza wszelkie zabiegi lekarskie, urządzenia lub leki mające utrzymać mnie przy życiu. Do tego należą: urządzenia wkładane we mnie, by pomóc mi oddychać; pokarm i woda podawane za pomocą urządzenia (karmienie przez sondę); resuscytacja krążeniowo-oddechowa; poważne operacje; transfuzje krwi; dializy; antybiotyki; i wszelkie inne środki służące utrzymaniu mnie przy życiu. Jeśli chcę ograniczyć rolę środków podtrzymywania życia z powodów religijnych, zaznaczę to ograniczenie w rubryce poniżej. Czynię to, aby było jasne, czego sobie życzę i na jakich warunkach.

Oto rodzaje zabiegów, jakie życzę sobie lub sobie nie życzę w czterech niżej wymienionych sytuacjach. Chcę, aby mój agent ds. opieki zdrowotnej, moja rodzina, lekarze i inny personel medyczny, moi przyjaciele i wszyscy inni znali te wytyczne.

Blisko śmierci:

Jeśli mój lekarz i inny pracownik służby zdrowia stwierdzą, że najprawdopodobniej wkrótce umrę, a zabiegi podtrzymujące mnie przy życiu jedynie opóźnią moment śmierci (wybrać *jedną* opcję z poniższych):

- Chcę otrzymywać zabiegi podtrzymujące przy życiu.**
I want to have life-support treatment.
- Nie chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu. Jeśli je zaczęto, proszę ich zaprzestać.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu, jeśli mój lekarz wierzy, że mogą pomóc. Ale chcę, aby mój lekarz ich zaprzestał, jeśli nie pomaga to memu stanowi zdrowia lub nie zmniejsza objawów.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

W śpiączce, bez spodziewanego wybudzenia lub wyzdrowienia:

Jeśli mój lekarz oraz inny pracownik służby zdrowia stwierdzą, że jestem w śpiączce, z której nie można spodziewać się wybudzenia lub wyzdrowienia, i mam uszkodzony mózg, oraz zabiegi podtrzymujące przy życiu jedynie opóźniąby śmierć (wybrać *jedną* opcję z poniższych):

- Chcę otrzymywać zabiegi podtrzymujące przy życiu.**

I want to have life-support treatment.

- Nie chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu. Jeśli je zaczęto, proszę ich zaprzestać.**

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- Chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu, jeśli mój lekarz wierzy, że mogą pomóc. Ale chcę, aby mój lekarz ich zaprzestał, jeśli nie pomaga to memu stanowi zdrowia lub nie zmniejsza objawów.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Trwałe i rozległe uszkodzenie mózgu bez nadziei na wyleczenie:

Jeśli mój lekarz oraz inny pracownik służby zdrowia stwierdzą, że mam trwałe i rozległe uszkodzenie mózgu (na przykład mogę otwierać oczy, ale nie mogę mówić i rozumieć) i nie można spodziewać się poprawy mego stanu, i zabiegi podtrzymujące mnie przy życiu jedynie opóźnią moment śmierci (wybrać *jedną* opcję z poniższych):

- Chcę otrzymywać zabiegi podtrzymujące przy życiu.**

I want to have life-support treatment.

- Nie chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu. Jeśli je zaczęto, proszę ich zaprzestać.**

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- Chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu, jeśli mój lekarz wierzy, że mogą pomóc. Ale chcę, aby mój lekarz ich zaprzestał, jeśli nie pomaga to memu stanowi zdrowia lub nie zmniejsza objawów.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Inne okoliczności, w których nie chcę być podtrzymywany/a przy życiu:

Jeśli istnieje inna sytuacja, w której nie chcę zabiegów podtrzymujących przy życiu, opiszę ją poniżej. W tej sytuacji wierzę, że koszty i uciążliwość zabiegów podtrzymujących życie to zbyt wiele, a korzyści nie są mi tego warte. W obecnym stanie nie chcę więc zabiegów podtrzymujących życie. (Na przykład może Pan/i napisać „stan agonalny.” Oznacza to, że Pana/Pani stan się pogorszył. Nie może Pan/i w żaden sposób zadbać o siebie psychicznie ani fizycznie. Zabiegi podtrzymujące przy życiu nie pomogą Panu/Pani odzyskać zdrowia. Prosimy zostawić pustą rubrykę w razie braku innych stanów do opisanie.)

Trzy kolejne życzenia dotyczą moich osobistych, duchowych i emocjonalnych życzeń. Są one dla mnie ważne. Chcę być traktowany/a z godnością w obliczu śmierci, więc chcę, aby wykonano życzenia 3, 4 i 5 jeśli to możliwe. Rozumiem, że moja rodzina, lekarze i inny personel medyczny, moi przyjaciele i inne osoby mogą nie być w stanie zrealizować ich lub nie są do nich zobowiązani prawem. Nie oczekuję, że te życzenia przysporzą nowych lub dodatkowych obowiązków prawnych moim lekarzom lub innemu personelowi medycznemu. Również nie oczekuję, że te życzenia zwolnią mego lekarza lub inny personel medyczny z zapewnienia mi właściwej opieki wymaganej przez prawo.

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

ŻYCZENIE 3 — WISH 3

Moje życzenie, jak komfortowo chcę się czuć.

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Proszę skreślić wszystko, z czym Pan/i się nie zgadza.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Nie chcę odczuwać bólu. Chcę, aby mój lekarz podał mi dostateczną ilość leków by uśmierzyć mój ból, nawet jeśli przez to będę senny/a lub będę więcej spać, niż spał(a)bym bez leków. | <ul style="list-style-type: none">• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise. |
| <ul style="list-style-type: none">• Jeśli będę wykazywać objawy depresji, mdłości, zadyszki lub halucynacji, chcę, aby moi opiekunowie uczynili co w ich mocy, aby mi pomóc. | <ul style="list-style-type: none">• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby położono mi na głowie chłodny wilgotny ręcznik jeśli będę mieć gorączkę. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby zwilżano mi usta i ich wnętrze aby zapobiec wysychaniu. | <ul style="list-style-type: none">• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę otrzymywać często ciepłe kąpiele. Chcę być utrzymywany/a w ciepłe i czystości cały czas. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę być masowany/a ciepłymi olejkami tak często, jak to możliwe. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę słuchać mojej ulubionej muzyki jeśli to możliwe do momentu śmierci. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę mieć zapewnioną opiekę osobistą, jak golenie, obcinanie paznokci, czesanie włosów, mycie zębów, dopóki nie sprawia mi to bólu lub niewygody. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby czytano mi piękne wiersze i treści religijne gdy będę zbliżać się do śmierci. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę być poinformowany/a o opcjach opieki hospicyjnej w zakresie medycznej, emocjonalnej i duchowej opieki dla mnie i moich bliskich. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones. |

ŻYCZENIE 4 — WISH 4

Moje życzenie, jak chcę, żeby mnie traktowano.

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Proszę skreślić wszystko, z czym Pan/i się nie zgadza.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby mnie odwiedzano tak często, jak to możliwe. Chcę by był ktoś przy mnie, gdy wydaje się, że mogę w każdej chwili umrzeć. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby trzymano mnie za rękę i mówiono do mnie jeśli to możliwe, nawet gdy wydaję się nie reagować na głos lub dotyk. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby modlono się przy mnie jeśli to możliwe. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby powiadomiono członków mojej wspólnoty religijnej o mojej chorobie i poproszono o modlitwę i odwiedzanie mnie. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę, aby dbano o mnie z miłością i radością, a nie ze smutkiem. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę mieć zdjęcia ukochanych osób w pokoju obok łóżka. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Jeśli nie będę w stanie kontrolować czynności fizjologicznych, chcę, aby utrzymywano moje ubrania i pościel w czystości, i aby zmieniano je tak szybko, jak to możliwe gdy zostaną zabrudzone. | <ul style="list-style-type: none">• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chcę umrzeć w domu, jeśli to możliwe. | <ul style="list-style-type: none">• I want to die in my home, if that can be done. |

ŻYCZENIE 5 — WISH 5

Moje życzenie na temat tego, o czym chcę powiedzieć moim bliskim.

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Proszę skreślić wszystko, z czym Pan/i się nie zgadza.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

• Chcę, aby moja rodzina i przyjaciele wiedzieli, że ich kocham.

• I wish to have my family and friends know that I love them.

• Chcę, aby wybaczone mi chwile, gdy krzywdziłem/am rodzinę, przyjaciół i innych.

• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.

• Chcę, aby rodzina, przyjaciele i inni wiedzieli, że wybaczam im chwile, gdy mogli sprawić mi przykrość w życiu.

• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.

• Chcę, aby rodzina i przyjaciele wiedzieli, że nie boję się śmierci jako takiej. Myślę, że nie jest ona końcem, ale nowym początkiem dla mnie.

• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.

• Chcę, aby wszyscy członkowie mojej rodziny pogodzili się ze sobą przed moją śmiercią, jeśli mogą.

• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.

• Chcę, aby rodzina i przyjaciele myśleli o tym, jaki/jaka byłem/am przed ciężką chorobą. Chcę, żeby tak mnie pamiętali po śmierci.

• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.

• Chcę, aby rodzina, przyjaciele i opiekunowie szanowali moje życzenia, nawet jeśli się z nimi nie zgadzają.

• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.

• Chcę, aby rodzina i przyjaciele widzieli moją śmierć jako czas osobistego rozwoju, także dla mnie. To pomoże mi nadać memu życiu sens w moich ostatnich chwilach.

• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

- Chcę, aby rodzina i przyjaciele skorzystali z terapii, jeśli mają problemy z moją śmiercią. Chcę, aby wspomnienia o moim życiu dawały im radość, a nie smutek.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- Po śmierci chcę by moje ciało zostało (zakreślić jedno): pochowane lub poddane kremacji.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- Moje ciało lub jego szczątki powinno zostać pochowane w następującym miejscu

- My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

- Następująca osoba zna moje życzenia dotyczące pogrzebu:

- The following person knows my funeral wishes:

_____.

_____.

Gdy ktoś zapyta, jak chcę być wspominany/wspominana, proszę powiedzieć o mnie:

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

Jeśli zostanie zorganizowana uroczystość żałobna, chcę, aby zawarto w niej następujące elementy (wymienić muzykę, piosenki, czytania lub inne życzenia):

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(Prosimy wpisać jakiegokolwiek inne życzenia w rubrykę poniżej. Na przykład Pan/i może chcieć zostać dawcą części lub wszystkich organów po śmierci. Prosimy załączyć dodatkową kartkę w razie braku miejsca.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

Podpisanie dokumentu Pięciu Życzeń

Proszę upewnić się, że Pięć Życzeń podpisuje Pan/i w obecności dwóch świadków.

Ja, _____, proszę aby moja rodzina, lekarze i inny personel medyczny, przyjaciele i wszyscy inni wypełniali moje życzenia wyrażone przez mojego agenta ds. opieki zdrowotnej (jeśli go wyznaczyłem i jeśli on/ona jest do dyspozycji) lub – w przeciwnym razie – wyrażone niniejszym dokumentem. Niniejszy dokument nabiera mocy prawnej, gdy nie będę w stanie podejmować decyzji lub mówić za siebie. Jeśli jakkolwiek część niniejszego dokumentu nie może zostać legalnie zrealizowana, proszę o realizację wszystkich innych jego części. Również tym samym unieważniam wszelkie uprzednie stworzone przeze mnie wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej.

Podpis *Signature*: _____

Adres *Address*: _____

Telefon *Phone*: _____ Data *Date*: _____

Oświadczenie świadka . (koniecznych dwóch wiadków):

Ja, świadek, oświadczam, że osoba, która podpisała lub potwierdziła niniejszy dokument (dalej zwana „Osobą”) jest mi osobiście znana, że on/ona osobiście podpisał/a lub potwierdził/a niniejszy dokument [dokument wyznaczający agenta ds. opieki zdrowotnej i/lub formularz/e oświadczenia woli pro futuro] w mojej obecności, i że on/ona wydaje się być w pełni sił umysłowych i nie znajduje się pod wpływem przymusu, oszustwa, lub nielegalnego wpływu.

Również oświadczam, że mam ponad 18 lat i NIE jestem:

- Osobą wyznaczoną jako (agent/pełnomocnik/zastępca/ rzecznik pacjenta/ przedstawiciel) mocą niniejszego dokumentu lub jego/jej następcą,
- Członkiem personelu medycznego zajmującego się Osobą, w tym właścicielem lub organizatorem jednostki służby zdrowia, opieki długoterminowej, lub innej mieszkalnej lub społecznej jednostki opieki zajmującej się Osobą,
- Pracownikiem personelu medycznego zajmującego się Osobą,
- Finansowo odpowiedzialny za opiekę zdrowotną Osoby,
- Pracownikiem ubezpieczenia na, życie lub zdrowotnego Osoby,
- Spokrewniony z Osobą więzami krwi, małżeństwem, lub adopcją, oraz,
- Zgodnie z moją najlepszą wiedzą, nie jestem dłużnikiem Osoby ani nie jestem uprawniony do jakiegokolwiek części jego/jej majątku zgodnie z testamentem lub kodycylem mocą prawa.

(Niektóre stany mają mniej ograniczeń co do zostania świadkiem. Jeśli nie zna Pan/i praw swego stanu, prosimy kierować się powyższym.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Podpis *Signature*: _____

Adres *Address*: _____

Telefon *Phone*: _____ Data *Date*: _____

Witness Statement . (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/ patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

Podpis świadka numer #1 *Signature of Witness #1*

Podpis świadka numer #2 *Signature of Witness #2*

Nazwisko świadka *Printed Name of Witness*

Printed Name of Witness *Printed Name of Witness*

Adres *Address*

Adres *Address*

Telefon *Phone*

Telefon *Phone*

Uwierzytelnienie . Notarization .

Wymagane jedynie dla mieszkańców Missouri, Karoliny Północnej, Karoliny Południowej i Wirginii Zachodniej
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- *Jeśli mieszka Pan/i w Missouri, uwierzytelnić należy jedynie Pana/Pani podpis.*
- *Jeśli mieszka Pan/i w Karolinie Północnej, Karolinie Południowej lub Wirginii Zachodniej, należy uwierzytelnić Pana/Pani podpis oraz podpisy Pana/Pani świadków.*
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this _____ day of _____, 20____, the said _____, _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

**Mieszkańcy stanu WISCONSIN muszą załączyć oświadczenie o zawiadomieniu.
Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

Więcej informacji oraz oświadczenie o zawiadomieniu można znaleźć pod adresem www.agingwithdignity.org.

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

Pacjenci instytucji w KALIFORNII, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGII, NOWYM JORKU, DAKOCIE PÓLNOECNEJ, POŁUDNIOWEJ KAROLINIE I STANIE VERMONT muszą stosować się do specjalnych zasad dotyczących świadków.

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

Jeśli mieszka Pan/i w pewnego typu instytucji (dom starców, inna licencjonowana placówka długoterminowej opieki, dom dla upośledzonych psychicznie lub opóźnionych w rozwoju, lub jednostka psychiatryczna) w jednym ze stanów wymienionych powyżej, może Pan/i być zmuszonym/zmuszoną zastosować się do specjalnych „zasad dotyczących świadków” aby uprawomocnić Pięć Życzeń. W celu uzyskania dodatkowych informacji, prosimy o kontakt z pracownikiem społecznym lub rzecznikiem pacjentów w Pana/Pani instytucji.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

Co robić po wypełnieniu Pięciu Życzeń

- Proszę się upewnić, że podpisuje i zaświadcza Pan/i formularz zgodnie z instrukcjami. Wtedy Pana/Pani Pięć Życzeń będzie legalne i prawomocne.
- Proszę porozmawiać o swoich życzeniach z agentem ds. opieki zdrowotnej, członkami rodziny i innymi bliskimi osobami. Proszę dać im kopie wypełnionych Pięciu Życzeń.
- Proszę zachować podpisany oryginał w specjalnym miejscu w domu. NIE umieszczać go w sejfie. Proszę trzymać go w pobliżu, aby ktoś mógł go znaleźć, gdy zajdzie potrzeba.
- Proszę wypełnić poniższą wizytówkę i mieć ją przy sobie. W ten sposób będzie można się dowiedzieć, gdzie przechowuje Pan/i Pięć Życzeń.
- Proszę porozmawiać z lekarzem podczas najbliższej wizyty i dać mu kopię Pięciu Życzeń. Proszę się upewnić, że znajdzie się ona w Pana/Pani aktach lekarskich. Proszę się upewnić, że lekarz rozumie Pana/Pani życzenia i chce działać zgodnie z nimi. Proszę go poprosić, aby wymagał od innych lekarzy zajmujących się Panem/Panią ich poszanowania.
- Jeśli znajdzie się Pan/i w szpitalu lub domu opieki, proszę zabrać ze sobą kopię Pięciu Życzeń. Proszę poprosić, aby umieszczono ją w Pana/Pani aktach lekarskich.
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

Pięć Życzeń ma pomóc Panu/Pani zaplanować przyszłość. Nie mają one służyć poradą prawną. Nie odpowiadają na wszystkie pytania, które mogą powstać. Każda osoba jest inna i każda sytuacja jest inna. Prawa zmieniają się od czasu do czasu. Jeśli ma Pan/i bardziej szczegółowe pytania lub problemy, prosimy porozmawiać z lekarzem lub prawnikiem aby uzyskać radę.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

Wizytówka Pięciu Życzeń .

Important Notice to Medical Personnel:
I have a Five Wishes Advance Directive.

Ważna informacja dla personelu służby zdrowia: posiadam testament życia Pięć Życzeń.

Signature Podpis

Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:

Proszę odwołać się do tego dokumentu i/lub mojego agenta ds. opieki zdrowotnej w nagłym wypadku. Moim agentem jest:

Name Nazwisko

Address Adres City/State/Zip Miasto/Stan/Kod pocztowy

Phone Telefon

My primary care physician is:

Moim lekarzem pierwszego kontaktu jest:

Name Nazwisko

Address Adres City/State/Zip Miasto/Stan/Kod pocztowy

Phone Telefon

My document is located at:

Mój dokument Pięć Życzeń znajduje się:

Wizytówkę wyciąć, złożyć i zalaminować dla bezpieczeństwa

Oto, co ludzie mówią o Pięciu życzeniach:

„Rok temu moja matka zmarła. Wiedzieliśmy, czego sobie życzy, gdyż miała testament życia Pięć Życzeń. Gdy zbliżała się jej śmierć, ja i mój brat nie mieliśmy pytań, co należy uczynić. Mieliśmy spokój umysłu.”

Cheryl K.
Longwood, Floryda

„Muszę powiedzieć, że bardzo podoba mi się Pięć Życzeń. To jasny, zrozumiały dokument nie skupiający się na konkretnych sprawach opieki zdrowotnej, lecz na aspektach o prawdziwym znaczeniu – ludzkiej opiece. Wypełniłam go dla siebie i męża.”

Susan W.
Flagstaff, Arizona

„Nie chcę, aby moje dzieci musiały podejmować decyzje, które muszę podjąć za moją matkę. Nie wiedziałam, że należy rozważyć tyle medycznych spraw. Dziękuję za tak wrażliwe i troskliwe potraktowanie sprawy w dokumencie. Można go po prostu wypełnić i przechowywać dla dzieci.”

Diana W.
Hanover, Illinois

Pięć życzeń zostało stworzone przez Aging with Dignity, organizację niedochodową z misją niesienia pomocy ludziom w planowaniu i utrzymaniu opieki, jakiej sobie życzą w przypadku poważnej choroby. Powstanie Pięciu Życzeń zostało umożliwione dzięki dotacji od fundacji The Robert Wood Johnson Foundation.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
www.agingwithdignity.org
1-888-594-7437

Tłumaczenie Pięciu Życzeń zostało
umożliwione dzięki dotacji od

Translations of Five Wishes made
possible through support from



United Health FoundationSM

Profesjonalne usługi tłumaczeniowe zapewniło

Professional translation services provided by

Language Services Associates

Pięć Życzeń to zastrzeżony znak firmowy firmy Aging with Dignity. Wszelkie prawa zastrzeżone. Treść niniejszej publikacji jest zastrzeżona prawami autorskimi firm Aging with Dignity. Żadnej części niniejszej publikacji nie wolno reprodukować ani przekazywać w żadnej formie ani żadnymi środkami, elektronicznymi lub mechanicznymi, wliczając fotokopie, nagrywanie, oraz jakikolwiek system przechowywania i odzyskiwania informacji, bez pisemnej zgody od Aging with Dignity. Mimo, że treść niniejszego dokumentu jest zastrzeżona prawem autorskim, zezwala się na dokonywanie fotokopii wypełnionego dokumentu Pięciu Życzeń aby dać jego kopie lekarzowi, opiekunom, agentowi ds. opieki zdrowotnej, członkom rodziny, lub innym bliskim osobom. Wszelkie inne powielanie lub użycie Pięciu Życzeń wymaga zgody od Aging with Dignity. Aging with Dignity pragnie podziękować firmie Oregon Health Decisions za pomoc w stworzeniu życzenia numer dwa, i Kate Callahan, Charlesowi Sabatino, oraz Tere Saenz za ich pomoc.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Floryda 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

