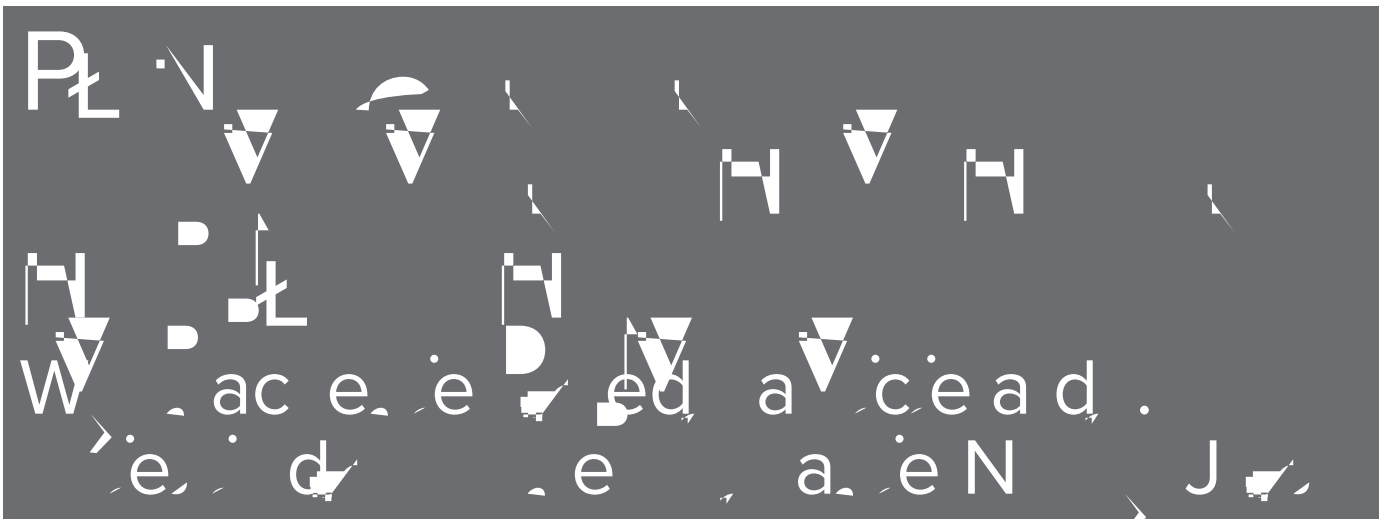

P a Hea Ca e P (a d c ce
e c c a a ac a c e
d T ( )--5 TJ EMC /P /La ( )/MCID 12 DC T (d)2.4 ( )6.6
a ed aac
f c fee f f fe. fe cd a f
c c b c a e.

F a e c c a a ac a c e d

To jest ważny dokument prawny. Przed podpisaniem prosimy zapoznać się z następującymi faktami:

1. N e f a a e b e, b Pa a e ed a c e a, c a e d de a a c dec d c c ca e, 194.7 (e)32.6 a ( )-9.5 e ec .

O i Pa ed a c e (.)-0.6 (e( )1271 (af P)0.5 (a)-4 (_)-5.3 ( )-15.4 ( )-28.2 ( )-1.6 (c)-2256 ( )7.7 (c)-10 (.

C ada a e a ciąg dalszy

W jaki sposób mój przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej będzie podejmować decyzje?

Pa a ed a ce b d e d a Pa a ce a a d a e e . M Pa a a e ce f a e c c a a ac a c e d b ed a e e ed a ce e .

Skąd przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej będzie miał wiedzę na temat moich życzeń?

P e ad e e c e e a e a c c e e ed a ce e d . e d e e e adba Pa a e . Je Pa a ed a ce e b d e a Pa a ce b e a b a d d a a a Pa a a e e e. P e a d a d ed a d a b Pa ac a e ed a ce a d . e d e , a e e ad b a e a d a ec e a, a e c ce b b a c e c ce b Pa a c c c ac , a ad:

- c c b e Pa c c a/ ac / a e a a ce ce, e b d Pa a e c ce;
- c c b e Pa c c a/ ac / a ec e a, e b d Pa e ec a e c ;
- c c b e Pa c c a/ e a a b ac , b c fa a, c e

[illegible]

(1) Ja, _____

[illegible] _____
(imię i nazwisko, adres domowy i numer telefonu)

_____

_____

na mojego przedstawiciela ds. opieki zdrowotnej i podejmowania wszystkich decyzji dotyczących

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(5) Państwa tożsamość (drukowanymi literami)

Pa_ a i; i a _____

Pa_ a d _____ Da a _____

Pa_ a ad e _____

(6) Opcjonalnie: dawstwo narządów, tkanek ocznych i/lub innych tkanek

N ie, e a , a a c da, e ie c ie c; ac:
(zaznaczyć wszystkie pasujące opcje)

e ie eb e a d , a c e/ b e a

a , ce a d , a c e/ b e a _____

_____

O a ce a _____

Je ie e Pa c ce b i c d c c a d , a c e/ b c a e f a , e b d e ac a , e e c Pa d a da , a b e i b e a e a d a e e a ad a e a d a da , Pa a e i .

Pa_ a d _____ Da a _____

(7) Oświadczenie świadków (Świadkowie muszą mieć co najmniej 18 lat i nie mogą być przedstawicielem ds. opieki zdrowotnej lub alternatywnym przedstawicielem).

O adc a, e ba, a d a a e d e , e bi c e a a i da e ; d a a e a d a a a e . O ba a d a a (b a d á e e b e e) e d e 96 T 11 0-5.3 ( )-3.7 6 e 4.3 ( )-882 (a)-3.9 4.8 J ET EMC /P 6.3 ( )-5. a

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____