



# Przewodnik po sporządzaniu testamentu życia (Advance Health Directive) w Australii Zachodniej



Ostrzega się czytelników, że niniejszy dokument może zawierać wizerunki osób, które zmarły od czasu publikacji.

© Departament Zdrowia, stan Australia Zachodnia (2022)

Wszystkie informacje i materiały zawarte w niniejszym dokumencie są chronione prawem autorskim. Prawa autorskie należą do stanu Australia Zachodnia. Poza wykorzystaniem dozwolonym przez przepisy *Ustawy o prawie autorskim z 1968 r. (Wspólnoty)*, informacje zawarte w niniejszym dokumencie nie mogą być publikowane lub powielane w jakichkolwiek materiałach bez wyraźnej zgody Programu Opieki u Schyłku Życia (End-of-Life Care Program) Departamentu Zdrowia Australii Zachodniej.

### Sugerowany cytat

Departament Zdrowia, Australia Zachodnia. *Przewodnik po sporządzaniu testamentu życia (Advance Health Directive) w Australii Zachodniej* Perth: Program Opieki u Schyłku Życia (End-of-Life Care Program), Departament Zdrowia, Australia Zachodnia; 2022.

### Ważne zastrzeżenie

Niniejszy przewodnik ma na celu przedstawienie ogólnego zarysu sporządzania testamentu życia w Australii Zachodniej. Zawiera linki do dalszych informacji i materiałów. Nie może jednak zastąpić porady prawnej lub innego profesjonalnego doradztwa. W szczególnych przypadkach wymagających prawnych lub innych profesjonalnych kompetencji należy zasięgnąć niezależnej porady.

Dalsze informacje na temat testamentów życia można uzyskać od:

Department of Health WA (Departament Zdrowia Australii Zachodniej)

Telefon: 9222 2300

Email: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

Strona internetowa: [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)



### Usługa tłumaczeniowa

Poproś o tłumacza, jeśli potrzebujesz porozmawiać z pracownikami służby zdrowia w swoim języku.

# Spis treści

Jak korzystać z tego przewodnika 2

## Sekcja 1: Informacje na temat testamentów życia 3

Czym jest testament życia? 3

Kto będzie podejmował decyzje dotyczące twojego leczenia i opieki, jeśli stracisz zdolność do samodzielnego podejmowania lub przekazywania decyzji? 4

## Sekcja 2: Przewodnik krok po kroku 6

Części testamentu życia 6

Część 1: Moje dane osobowe 6

Część 2: Moje zdrowie 7

Część 3: Moje wartości i preferencje 8

Część 4: Moje decyzje dotyczące leczenia w ramach testamentu życia 12

Część 5: Osoby, które pomogły mi wypełnić mój testament życia 18

Część 6: Podpis i poświadczenie 20

## Sekcja 3: Przydatne informacje 22

Najczęściej zadawane pytania 22

Lista kontrolna do sporządzenia testamentu życia 30

Gdzie można znaleźć dalsze informacje 31

Powszechnie używane pojęcia 33

Przykład wypełnionego testamentu życia 36

# Jak korzystać z tego przewodnika

Niniejszy przewodnik zawiera informacje pomocne w przygotowaniu i sporządzeniu testamentu życia.

Może się okazać, że jego wypełnienie zajmie trochę czasu. Nie musisz go wypełniać w jednym podejściu. Możesz go uzupełnić w częściach.

## Sekcja 1: Informacje na temat testamentów życia

W tej sekcji opisano, czym jest testament życia. Wyjaśnia, dlaczego jest on przydatny, w jaki sposób zostanie wykorzystany oraz kto będzie podejmował decyzje w twoim imieniu w przypadku utraty zdolności do podejmowania lub przekazywania decyzji.

## Sekcja 2: Przewodnik krok po kroku

Ta sekcja krok po kroku opisuje, jak sporządzić testament życia, służąc pomocnymi przykładami.

## Sekcja 3: Przydatne informacje

W tej sekcji znajduje się lista kontrolna dotycząca przygotowania, wypełnienia i przechowywania testamentu życia. Wyjaśnia terminy używane w testamentach życia oraz zawiera odpowiedzi na [najczęściej zadawane pytania](#). Podaje również linki, gdzie można uzyskać dalsze informacje.

## Przykład wypełnionego testamentu życia i samego formularza

Na końcu tego przewodnika znajduje się przykład wypełnionego testamentu życia. Testament życia jest również dołączony do niniejszego przewodnika w formie formularza.

Podczas wypełniania swojego testamentu życia możesz skorzystać z przykładów w wypełnionym formularzu jako odniesienia.

Możesz też poprosić o pomoc w jego wypełnieniu. [Sekcja 3: Przydatne informacje](#) obejmuje informacje o tym, jak i gdzie zwrócić się o pomoc.



# Sekcja 1:

## Informacje na temat testamentów życia

W tej sekcji opisano, czym jest testament życia. Wyjaśnia, dlaczego jest on przydatny, w jaki sposób zostanie wykorzystany oraz kto będzie podejmował decyzje w twoim imieniu w przypadku utraty zdolności do podejmowania lub przekazywania decyzji.

### Czym jest testament życia?

Testament życia (Advance Health Directive) jest dokumentem **prawnym**, który umożliwia podjęcie teraz decyzji o tym, na jakie metody leczenia wyrażasz lub nie wyrażasz zgody w przyszłości.

Testament życia zostanie wykorzystany **wyłącznie** wtedy, gdy poważnie zachorujesz lub doznasz ciężkich obrażeń i nie będziesz w stanie podejmować decyzji lub komunikować swoich życzeń. W takim wypadku testament życia stanie się twoim „głosem”. W przypadku konieczności dokonania zmian w swoim testamencie życia, powinieneś unieważnić (lub anulować) obecny testament życia i sporządzić nowy.

Testament życia jest jednym z dokumentów dostępnych w Australii Zachodniej (WA), które mogą być wypełnione w ramach procesu planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości.

Posiadanie testamentu życia pomaga twoim bliskim i pracownikom służby zdrowia zrozumieć, co jest dla ciebie ważne w kwestii twojego zdrowia i opieki zdrowotnej.

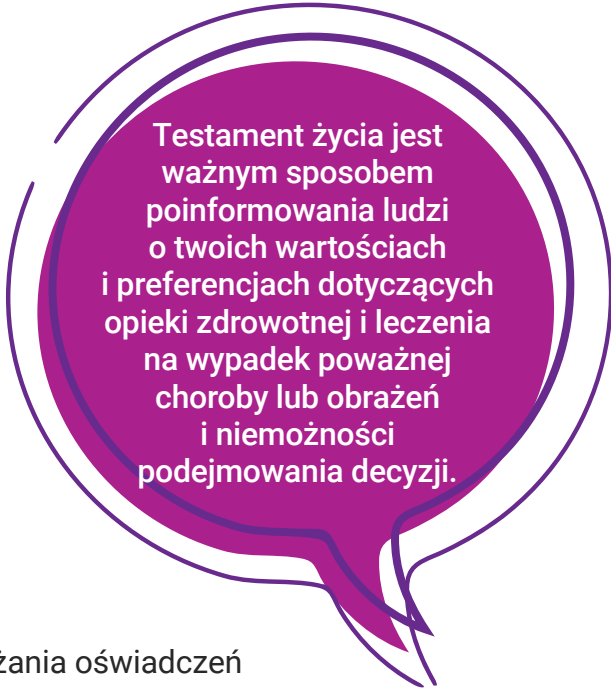
Zaleca się rozmowę z rodziną, opiekunem, bliskim przyjacielem, lekarzem rodzinnym lub innymi pracownikami służby zdrowia. To pomoże zebrać myśli.

Inne materiały, które mogą okazać się pomocne:


- Strona internetowa MyValues – [myvalues.org.au](http://myvalues.org.au)
- Strona Departamentu Zdrowia Australii Zachodniej dotycząca planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości – [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat testamentu życia oraz planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości.

Myślenie i mówienie o swoim przyszłym zdrowiu i życzeniach u schyłku życia może być trudne. Poproś o pomoc, jeśli potrzebujesz wsparcia w tym zakresie.



Testament życia jest ważnym sposobem poinformowania ludzi o twoich wartościach i preferencjach dotyczących opieki zdrowotnej i leczenia na wypadek poważnej choroby lub obrażeń i niemożności podejmowania decyzji.



Sporządzenie testamentu życia jest dobrowolne.



## Kto może sporządzić testament życia?

Aby sporządzić testament życia, musisz mieć **ukończone 18 lat** i posiadać **pełną zdolność do czynności prawnych** w momencie jego sporządzania.

To oznacza, że:

- rozumiesz wszelkie informacje lub porady udzielone ci w celu ułatwienia podjęcia decyzji dotyczących testamentu życia
- rozumiesz prawdopodobne konsekwencje swoich decyzji zawartych w twoim testamencie życia dotyczących przyszłego leczenia oraz opieki
- jesteś w stanie rozważyć możliwe zalety i wady swoich decyzji
- jesteś w stanie zakomunikować swoje decyzje dotyczące przyszłego leczenia i opieki zdrowotnej.

Uznaje się, że osoby dorosłe mają zdolność do czynności prawnych, o ile nie zostanie wykazane, że tak nie jest. Jeżeli masz jakiegokolwiek wątpliwości co do swojej obecnej zdolności do sporządzenia ważnego testamentu życia, poproś swojego lekarza o ocenę. Możesz również zwrócić się do niego, jeśli obawiasz się, że twoja zdolność do podejmowania decyzji może zostać zakwestionowana w przyszłości.

## Kto będzie podejmował decyzje dotyczące twojego leczenia i opieki, jeśli stracisz zdolność do samodzielnego podejmowania lub przekazywania decyzji?

Jeśli staniesz się niezdolny do podejmowania lub komunikowania decyzji dotyczących twojego leczenia i opieki, pracownicy służby zdrowia muszą przestrzegać [Hierarchii osób podejmujących decyzje dotyczące leczenia](#) podczas podejmowania decyzji w twoim imieniu.

Hierarchia ta, przedstawiona na następnej stronie, objaśnia kolejność decydentów, której pracownicy służby zdrowia muszą przestrzegać podczas podejmowania decyzji o twoim leczeniu. Testament życia jest na szczycie hierarchii, do której odnosi się pracownik służby zdrowia, gdy musi podjąć decyzje dotyczące twojej przyszłej opieki.

## Co się stanie, jeśli nie sporządzę testamentu życia?

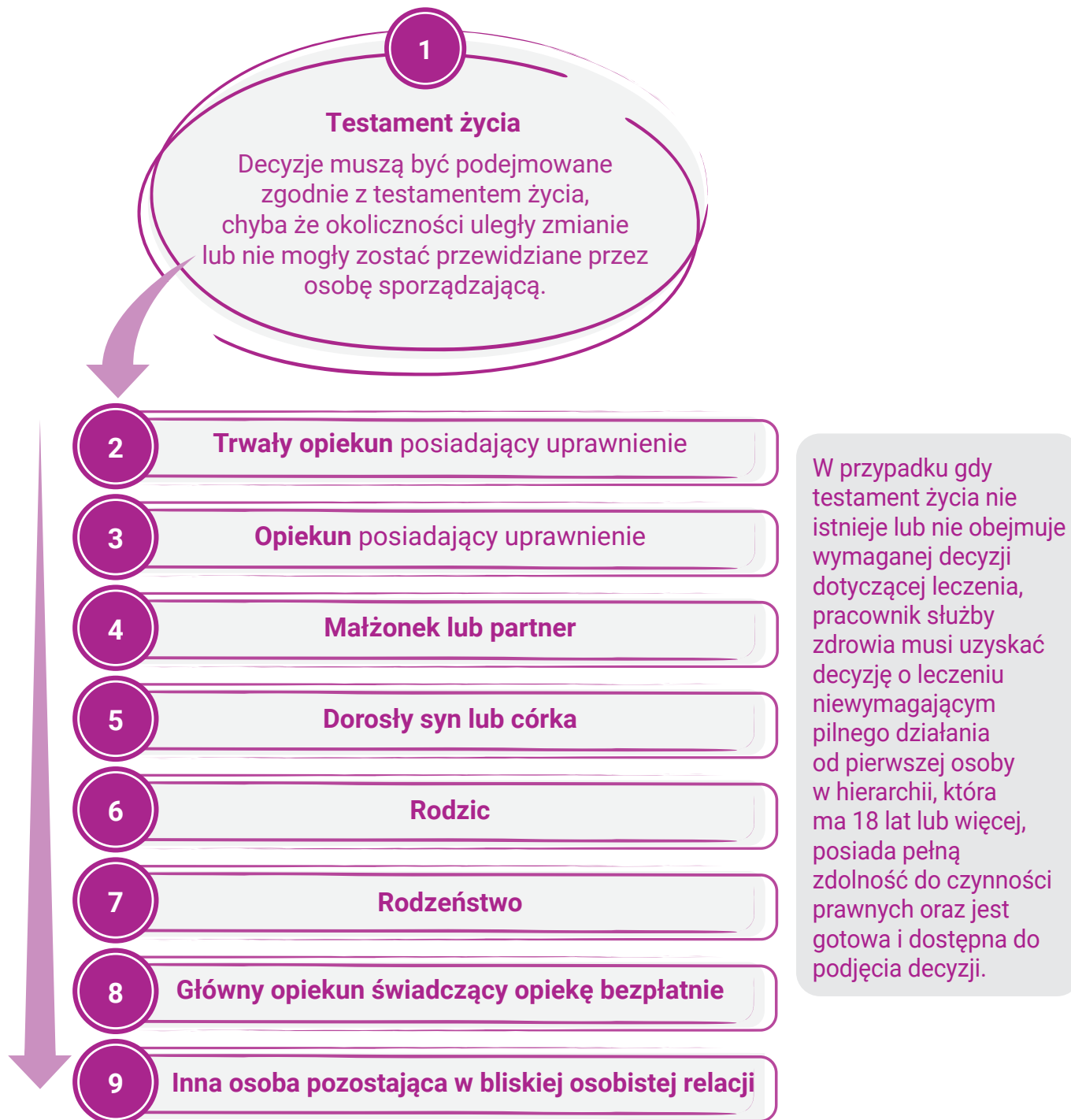
Jeśli nie sporządzisz testamentu życia, pracownik służby zdrowia musi skontaktować się z pierwszą osobą znajdującą się w hierarchii, która ukończyła 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz jest dostępna i chętna do podjęcia decyzji o leczeniu.

Jeśli pierwsza osoba nie jest dostępna ani chętna do podjęcia decyzji, pracownik służby zdrowia musi skontaktować się z kolejną osobą w hierarchii i tak dalej.

## Czym jest Hierarchia osób podejmujących decyzje dotyczące leczenia?

Hierarchia osób podejmujących decyzje dotyczące leczenia jest wykorzystywana przez pracowników służby zdrowia jedynie w przypadku utraty przez ciebie zdolności do podejmowania i/lub przekazywania decyzji dotyczących twojej opieki zdrowotnej.

### Hierarchia osób podejmujących decyzje dotyczące leczenia



Nawet jeśli wyznaczyłeś trwałego opiekuna, możesz zdecydować się na sporządzenie testamentu życia, aby poinformować o swoich preferencjach dotyczących konkretnych metod leczenia, wobec których odczuwasz silne emocje.

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat trwałych opiekunów.

# Sekcja 2: Przewodnik krok po kroku

Ta sekcja krok po kroku opisuje, jak sporządzić testament życia, służąc pomocnymi przykładami.

## Części testamentu życia

Aby testament życia był ważny, należy wypełnić Części 1, 4 i 6.

**Część 1** to miejsce, w którym należy wpisać swoje dane osobowe. **Musisz** wypełnić Część 1.

**Część 2** to miejsce, w którym powinieneś wpisać wszystkie swoje poważne schorzenia.

**Część 3** to miejsce przeznaczone na zawarcie informacji, co jest dla ciebie ważne oraz jakie masz wartości i życzenia dotyczące przyszłej opieki.

**Część 4** to miejsce, w którym należy wpisać na jakie metody przyszłego leczenia i opieki (w tym medyczne działania badawcze) wyrażasz zgodę lub jakich sobie nie życzysz. Aby sporządzić ważny testament życia, **musisz** zawrzeć w Części 4 przynajmniej jedną decyzję dotyczącą leczenia.

**Część 5** to miejsce, w którym powinny się znaleźć dane osób, które pomogły ci wypełnić twój testament życia.

**Część 6** to miejsce złożenia podpisu na swoim testamencie życia. **Musisz** wypełnić Część 6, a twój podpis musi zostać poświadczony (szczegóły o wymaganiach dotyczących świadków są zawarte w [Części 6](#)).

## Część 1: Moje dane osobowe

**Musisz wypełnić tę część testamentu życia.**

**Musisz** wpisać:

- datę sporządzenia testamentu życia
- imię i nazwisko, datę urodzenia oraz adres, aby można było cię zidentyfikować.

Zamieszczenie numeru telefonu i adresu e-mail jest **opcjonalne**. Zaleca się umieszczenie przynajmniej jednego z nich, aby w razie potrzeby można było się z tobą skontaktować.

Jeśli twój adres, numer telefonu lub e-mail ulegnie zmianie w przyszłości, twój testament życia będzie nadal ważny.

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji dotyczących zmiany danych kontaktowych.





## Część 2: Moje zdrowie

**Możesz zdecydować się na wypełnienie niektórych, wszystkich lub żadnego z pytań w Części 2. Przekreśl wszystkie pytania, których nie chcesz wypełniać.**

W Części 2 możesz wymienić wszystkie poważne schorzenia i obawy dotyczące stanu zdrowia. Część 2 możesz także wykorzystać do zapisania rzeczy, które są dla ciebie ważne podczas rozmowy o twoim stanie zdrowia.

### 2.1 Moje poważne schorzenia

W Części 2.1 możesz wpisać szczegóły dotyczące wszelkich swoich aktualnych, poważnych dolegliwości zdrowotnych. Możesz uwzględnić fizyczne i/lub psychiczne schorzenia, jak również wszelkie istotne problemy zdrowotne, które miałeś w przeszłości.

#### Przykłady

- 6 lat temu zdiagnozowano u mnie raka jelita. Przeszedłem operację i chemioterapię. Obecnie choroba jest w remisji, ale powiedziano mi, że istnieje szansa, że rak jelita może powrócić w przyszłości.
- 5 lat temu miałem wypadek samochodowy. Nadal mam chroniczny ból pleców. Powiedziano mi, że mój ból pleców raczej się nie poprawi.
- Niedawno zdiagnozowano u mnie chorobę neuronu ruchowego. Powiedziano mi, że moje zdrowie prawdopodobnie szybko się pogorszy. Wkrótce będę potrzebował dużo pomocy przy wykonywaniu codziennych zadań, takich jak branie prysznic czy ubieranie się.

### 2.2 Podczas rozmowy ze mną na temat mojego zdrowia, te rzeczy są dla mnie ważne

W Części 2.2 możesz napisać, co jest dla ciebie ważne podczas rozmów z pracownikami służby zdrowia na temat twojego zdrowia. Obejmuje to ilość informacji, które chciałbyś otrzymać przed podjęciem decyzji. Zawiera też szczegóły dotyczące członków rodziny/przyjaciół, których chciałbyś mieć przy sobie podczas rozmów z pracownikami służby zdrowia na temat możliwości leczenia i opieki.

#### Historia Trish

U Trish (65 lat) właśnie zdiagnozowano 4 stadium raka piersi. W swoim testamentie życia Trish napisała, aby jej bliska przyjaciółka Kay (pielęgniarka) uczestniczyła we wszystkich jej wizytach lekarskich, ponieważ wie, jak najlepiej wyjaśnić informacje w sposób zrozumiały dla Trish.

#### Przykłady

- Chcę znać wiele szczegółów na temat mojego stanu zdrowia i możliwości leczenia, dzięki czemu mogę w pełni zrozumieć swoje wybory i to, co może mi się przytrafić.
- Angielski jest moim drugim językiem. Chcę, aby syn lub córka byli obecni przy mnie podczas wizyt u lekarza rodzinnego i specjalistów.

Uwaga: Możesz również chcieć sporządzić trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki (Enduring Power of Guardianship), jeśli jest ktoś, kogo dobrze znasz i komu ufasz, aby podejmował decyzje za ciebie.

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat wyznaczania trwałego opiekuna.

## Część 3: Moje wartości i preferencje

**Możesz zdecydować się na wypełnienie niektórych, wszystkich lub żadnego z pytań w Części 3. Przekreśl wszystkie pytania, których nie chcesz wypełniać.**

Część 3 możesz także wykorzystać do zapisania rzeczy, które są dla ciebie najważniejsze w kwestii twojego zdrowia i opieki zdrowotnej. Możesz wypisać tu swoje obawy dotyczące zdrowia. Dzięki temu bliskie ci osoby oraz pracownicy służby zdrowia zaangażowani w opiekę nad tobą będą wiedzieć, co jest dla ciebie ważne, jeśli staniesz się niezdolny do podejmowania lub przekazywania decyzji.

Myślenie i mówienie o tym, co jest ważne dla twojego przyszłego zdrowia i twoich życzeń u schyłku życia może być trudne. Poproś o pomoc, jeśli potrzebujesz wsparcia podczas wypełniania tej części formularza.

### 3.1 Te rzeczy są dla mnie ważne

Proszę opisz w Części 3.1, co oznacza dla ciebie „dobre życie”. Na przykład, za czym najbardziej byś tęsknił, gdybyś zachorował i nie mógł żyć tak jak obecnie.

Ta część formularza zawiera listę rzeczy, które mogą być dla ciebie ważne. Możesz zaznaczyć wszystkie pola, które cię dotyczą. A także wypisać aktywności, zainteresowania czy hobby, które są dla ciebie ważne.

#### Przykłady

- Spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi jest dla mnie ważne.
- Bardzo ważne jest dla mnie, żeby córka mnie często odwiedzała.
- Posiadanie moich zwierząt blisko mnie lub przynajmniej możliwość ich regularnego widywania jest dla mnie ważna.
- Przez całe życie byłam częścią społeczności lesbijskiej i chciałabym, aby tak było dalej.
- Jestem Chińczykiem i lubię spędzać czas z ludźmi, którzy mówią po kantońsku.

#### Historia Rity

Rita (87 lat) regularnie odwiedza Klub Chorwacki, aby spotkać się z przyjaciółmi, porozmawiać po chorwacku i zagrać w tradycyjne gry z jej rodzinnego kraju. Rita w swoim testamencie życia napisała, że nie chce odwiedzać Klubu, jeśli stanie się niezdolna do mówienia lub łatwego poruszania się.

## 3.2 Te rzeczy martwią mnie, gdy myślę o moim przyszłym stanie zdrowia

W Części 3.2 prosimy opisać, co martwi cię w związku z przyszłym stanem zdrowia i opieką zdrowotną. Na przykład wszelkie trwałe skutki choroby lub obrażeń, które byłyby dla ciebie nie do przyjęcia.

Jeśli w przyszłości zachorujesz lub doznasz obrażeń, leczenie i opieka mogą pomóc ci wyzdrowieć, a twoje zdrowie może wrócić do stanu sprzed choroby. Możliwe jest jednak, że w zależności od choroby lub obrażeń, leczenie i opieka pomogą tylko w niewielkim stopniu i możesz nie być w stanie żyć w taki sam sposób jak przedtem.

### Przykłady

- martwię się, że będę odczuwać ciągły ból.
- martwię się, że mogę nie być w stanie porozumieć się lub być zrozumianym przez moją rodzinę i przyjaciół.
- byłbym nieszczęśliwy, gdybym stał się niezdolny do samodzielnego życia.
- byłoby dla mnie nie do przyjęcia, gdybym nie był w jeść samodzielnie.
- jest mi bardzo trudno, gdybym nie mógł rozpoznać swojej rodziny i przyjaciół.

### Historia Nicoli

U Nicole (43 lata) niedawno zdiagnozowano chorobę Parkinsona. W swoim testamencie życia napisała, że uznałaby za niedopuszczalne, gdyby była trwale niezdolna do samodzielnego jedzenia. Nicole chce, aby jej rodzina wiedziała, co jest dla niej ważne, ponieważ będą się nią opiekować, jeśli utraci kontrolę nad rękami i innymi częściami ciała.





### 3.3 Kiedy będę bliski śmierci, chciałbym się znaleźć w tym miejscu

W Części 3.3 opisz, gdzie chciałbyś spędzić swoje ostatnie dni lub tygodnie, gdy będziesz bliski śmierci.

Ta część formularza przewiduje 4 opcje. Możesz wybrać tylko jedną z nich. Więcej szczegółów na temat wybranej opcji możesz podać w miejscu poniżej.

#### Przykłady:

- Przebywanie na łonie natury jest dla mnie ważne. Chciałbym być gdzieś, gdzie jest kwietny ogród lub blisko plaży.
- Rodzina i przyjaciele są ogromną częścią mojego życia. Chciałbym być jak najdłużej w ich pobliżu, aby mogli mnie łatwo i regularnie odwiedzać.
- Identyfikuję się jako gej i ważne jest dla mnie, aby być w miejscu, gdzie moja seksualność jest akceptowana i szanowana.

#### Historia Raymonda

Raymond (95 lat) przez ostatnie 5 lat swojego życia mieszkał w ośrodku opieki nad osobami starszymi, który stał się dla niego domem. Raymond miał testament życia. Napisał, że chciałby umrzeć tam, gdzie mieszkał, w otoczeniu rodziny. Zdrowie Raymonda szybko się pogarszało. Pracownicy służby zdrowia wykorzystali jego testament życia, aby pokierować opieką nad nim w ostatnich tygodniach jego życia. Zmarł spokojnie w ośrodku opieki nad osobami starszymi w otoczeniu rodziny.



### 3.4 Te rzeczy będą dla mnie ważne, gdy będę bliski śmierci

W Części 3.4 opisz, co jest dla ciebie pocieszeniem i kogo chciałbyś mieć wokół siebie, gdy będziesz bliski śmierci. Myślenie o swoich życzeniach u schyłku życia może być trudne. Zastanów się, co wtedy byłoby dla ciebie najważniejsze. Możesz zastanowić się, jakie tradycje duchowe, religijne lub kulturowe są dla ciebie ważne lub co może zapewnić ci pocieszenie lub spokój.

Możesz zaznaczyć wszystkie pola, które cię dotyczą. Jak również zamieścić więcej szczegółów w wyznaczonych polach.

#### Przykłady:

- Należę do starszyny Aborygenów. Ważne jest, aby moja rodzina i społeczność mogły wykonywać święte i zwyczajowe praktyki mojej kultury, przed, podczas i po mojej śmierci.
- Kiedy będę umierał, chciałbym, aby w moim pokoju było miękkie oświetlenie i grała medytacyjna muzyka. Jest to środowisko, które jest dla mnie kojące.
- Kiedy będę umierać, nie chcę iść do szpitala, chyba że w domu nie da się zapewnić mi komfortu i godności.
- Jestem hinduistką i chciałabym mieć wokół siebie moją dalszą rodzinę, aby mogła przeprowadzić szereg tradycyjnych obrzędów.

#### Historia Aunty

Aunty (64 lata) od wielu lat ma problemy zdrowotne, takie jak cukrzyca. Jej plemię mieszka w Turkey Creek. Jeśli bardzo zachoruje, chciałaby, aby jej córka, Carol, zabrała ją z powrotem na jej ziemię, jeśli będzie w stanie podróżować i nie będzie to zbyt dużym obciążeniem dla jej rodziny. Zapisanie tego w testamencie życia jest dla niej źródłem spokoju, że jej życzenia są jasne.





## Część 4: Moje decyzje dotyczące leczenia w ramach testamentu życia

**W Części 4 musisz podjąć co najmniej jedną decyzję dotyczącą leczenia, aby sporządzić ważny testament życia. Przekreśl wszystkie części, których nie chcesz wypełniać.**

Część 4 możesz wykorzystać do podjęcia decyzji o przyszłych metodach leczenia, na które wyrażasz bądź nie wyrażasz zgody. Obejmuje to zabiegi lub ingerencje, które mogą być zastosowane w celu utrzymania cię przy życiu. Jest to tak zwane „leczenie podtrzymujące życie”. Możesz również podjąć decyzję, czy chcesz wziąć udział w badaniach medycznych w przyszłości. Pracownicy służby zdrowia muszą przestrzegać decyzji, które wymienisz w Części 4.

Leczeniem jest każdy zabieg medyczny lub chirurgiczny, w tym opieka paliatywna i środki podtrzymujące życie, zabiegi stomatologiczne lub inna opieka zdrowotna.

Decyzja dotycząca leczenia zawarta w testamencie życia to decyzja o wyrażeniu lub odmowie zgody na rozpoczęcie lub kontynuację jakiegokolwiek leczenia.

Zdecydowanie zaleca się omówienie decyzji dotyczących leczenia ze swoim lekarzem przed wypełnieniem testamentu życia.

Lekarz i inni pracownicy służby zdrowia mogą udzielić porady na temat opcji leczenia i tego, jak mogą one na ciebie wpłynąć.

### 4.1 Decyzje dotyczące leczenia podtrzymującego życie

**Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać. Uwaga: W Części 4 musisz podjąć co najmniej jedną decyzję dotyczącą leczenia, aby sporządzić ważny testament życia.**

W Części 4.1 zapisz proszę swoje decyzje dotyczące leczenia lub ingerencji, na które wyrażasz lub nie wyrażasz zgody, aby utrzymały cię przy życiu w przyszłości. Informacje te będą miały zastosowanie tylko wtedy, gdy nie będziesz w stanie sam podejmować decyzji lub ich przekazywać.

Przy podejmowaniu decyzji o tym, jakie leczenie podtrzymujące życie chcesz lub nie chcesz otrzymać, pomyśl o rzeczach, które wymieniłeś jako ważne dla ciebie w [Części 3: Moje wartości i preferencje](#).

Aby pomóc w wypełnieniu tej części formularza, porozmawiaj ze swoim lekarzem i/lub innymi pracownikami służby zdrowia na temat:

- tego, jakich różnych metod leczenia podtrzymującego życie możesz potrzebować w przyszłości
- ryzyka i skutków ubocznych ewentualnego leczenia podtrzymującego życie
- tego, jak różne metody leczenia podtrzymującego życie mogą wpłynąć na twoje zdrowie i jakość życia w okresie długoterminowym.



Z zastrzeżeniem pewnych ograniczonych wyjątków, pracownicy służby zdrowia muszą postępować zgodnie z twoimi wytycznymi dotyczącymi leczenia podtrzymującego życie. Jednak samo wypełnienie Części 4.1 nie oznacza, że na pewno będziesz potrzebował lub otrzymasz wybrane przez siebie metody leczenia. Jeśli leczenie nie będzie dla ciebie korzystne, lekarz nie ma obowiązku go zapewnić.

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat metod leczenia podtrzymującego życie.

**Część 4.1 proponuje 5 opcji. Możesz wybrać tylko jedną z nich.**

- **Opcja 1:** Wyrażam zgodę na wszelkie metody leczenia mające na celu podtrzymanie lub przedłużenie mojego życia.
- **Opcja 2:** Wyrażam zgodę na wszelkie leczenie mające na celu podtrzymanie lub przedłużenie mojego życia, chyba że jest oczywiste, że z powodu obrażeń lub choroby mój stan jest tak zły, że nie ma realistycznych szans na to, że wyzdrowieję w stopniu umożliwiającym przeżycie bez ciągłego leczenia podtrzymującego życie. W takiej sytuacji wycofuję zgodę na leczenie podtrzymujące życie.
- **Opcja 3:** Nie wyrażam zgody na jakiegokolwiek leczenie mające na celu podtrzymanie lub przedłużenie mojego życia.
- **Opcja 4:** Podejmuję następujące decyzje dotyczące konkretnych metod leczenia podtrzymującego życie wymienionych w poniższej tabeli.
- **Opcja 5:** W tej chwili nie mogę się zdecydować.

Twoje decyzje w Części 4.1 odnoszą się wyłącznie do leczenia podtrzymującego życie. Pracownicy służby zdrowia będą nadal świadczyć opiekę w celu możliwie największego złagodzenia bólu i zapewnienia komfortu (tj. opiekę paliatywną), nawet jeśli zdecydujesz się odmówić wszelkiego leczenia podtrzymującego życie. Jeśli nie zyczysz sobie otrzymywać leczenia w ramach opieki paliatywnej, musisz to określić w Części 4.2.

Jeśli wybierzesz opcję 4, będziesz musiał podjąć decyzje dotyczące różnych rodzajów leczenia podtrzymującego życie, które chcesz lub nie zyczysz sobie otrzymać.



Każdy ma swój własny pogląd na to, jakie leczenie chce mieć zapewnione bądź nie. Poniższe przykłady mogą okazać się pomocne przy rozważaniu różnych opcji. Możesz też podać więcej szczegółów. Opcję 5 można wybrać wtedy, gdy nie jesteś jeszcze gotowy do podjęcia decyzji o leczeniu podtrzymującym życie, którego chcesz lub nie chcesz otrzymywać w przyszłości.

## Przykłady

### Przykład: Opcja 1 – Historia Nathana

- Nathan miał atak serca 5 tygodni temu. Lekarz rodzinny powiedział mu, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że będzie wymagał operacji serca. Nathan chciałby otrzymać wszelkie metody leczenia, które mogłyby podtrzymać lub przedłużyć jego życie.
- **Nathan wybiera: Opcja 1 – Wyrażam zgodę na wszelkie metody leczenia mające na celu podtrzymanie lub przedłużenie mojego życia.**

### Przykład: Opcja 2 – historia Lindy

- U Lindy zdiagnozowano chorobę nerek. Jej matka zmarła na ich niewydolność. Linda pamięta, że jej matka pod koniec życia doświadczała silnych mdłości. Pamięta, że objawy te nasiliły się w wyniku leczenia choroby współistniejącej, mimo że nie było realistycznych szans, że się z niej wyleczy. Linda nie chce tego dla siebie.
- **Linda wybiera: Opcja 2 – Wyrażam zgodę na wszelkie leczenie mające na celu podtrzymanie lub przedłużenie mojego życia, chyba że jest oczywiste, że z powodu obrażeń lub choroby mój stan jest tak zły, że nie ma realistycznych szans na to, że wyzdrowieję w stopniu umożliwiającym przeżycie bez ciągłego leczenia podtrzymującego życie. W takiej sytuacji wycofuję zgodę na leczenie podtrzymujące życie.**

### Przykład: Opcja 3 – historia Mii

- Mia była wcześniej leczona na raka piersi. Właśnie powiedziano jej, że ma nawrót nowotworu i że jest bardzo mało prawdopodobne, aby leczenie przedłużyło jej życie poza najbliższe kilka miesięcy.
- Przyjaciółka Mii miała raka piersi i Mia odczuwa bardzo silne emocje związane z chemioterapią, którą otrzymała, a która przedłużyła jej życie i jej cierpienie. Mia zdecydowała, że tym razem nie chce już żadnego leczenia, które opóźniłoby jej śmierć i chce, aby pracownicy służby zdrowia skupili się na zapewnieniu jej jak największego komfortu i złagodzenia bólu.
- **Mia wybiera: Opcja 3 – Nie wyrażam zgody na jakiegokolwiek leczenie mające na celu podtrzymanie lub przedłużenie mojego życia.**

### Przykład: Opcja 4 – historia Piotra

- U Piotra zdiagnozowano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (przewlekłą chorobę płuc). Ma 70 lat i wie, że jego stan będzie się tylko pogarszał. Chociaż czuje, że mógłby nadal mieć zapewnioną dobrą jakość życia mieszkając w domu, nawet jeśli oznacza to używanie tlenu, nie chce być na stałe podłączony do maszyny oddechowej w domu opieki lub szpitalu.
- **Piotr wybiera: Opcja 4 – Podejmuję następujące decyzje dotyczące konkretnych metod leczenia podtrzymującego życie wymienionych w poniższej tabeli.**
  - **Zaznacza pole (B) dla wspomaganie oddychania i podaje następujące szczegóły:** Tylko jeśli jest to tymczasowe i jeśli mógłby potem wrócić do domu, nawet z tlenem. Nie chcę być stale podłączony do maszyny oddechowej w szpitalu lub w domu opieki.
  - **Zaznacza pole (C) dla wszystkich pozostałych metod leczenia:** Odmawiam wszelkich innych metod leczenia podtrzymujących życie.

### Przykład: Opcja 5 – historia Williama

- William ma 25 lat i nigdy nie doświadczył śmierci bliskiego członka rodziny ani tego, aby ktoś z jego bliskich wymagał leczenia podtrzymującego życie.
- **William wybiera: Opcja 5 – nie mogę się w tej chwili zdecydować.**

## 4.2 Inne decyzje dotyczące leczenia

**Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać. Uwaga: W Części 4 musisz podjąć co najmniej jedną decyzję dotyczącą leczenia, aby sporządzić ważny testament życia.**

**W Części 4.2 zapisz proszę swoje decyzje dotyczące innych metod leczenia (oprócz leczenia podtrzymującego życie zawartego w Części 4.1), które chcesz lub których nie chcesz otrzymać w przyszłości. Informacje te będą miały zastosowanie tylko wtedy, gdy nie będziesz w stanie sam podejmować decyzji lub ich przekazywać.**

Inne metody leczenia mogą obejmować leki stosowane w celu zapobiegania niektórym chorobom (np. aspiryna, leczenie cholesterolu) lub transfuzje krwi.

Jeśli wymieniasz decyzję dotyczącą konkretnego leczenia, powinieneś opisać okoliczności, w których chciałbyś lub nie chciałbyś go otrzymać.

Na przykład, jeśli nie chcesz otrzymywać aspiryny, czy to we wszystkich okolicznościach, czy tylko w określonych?

Szczegóły możesz podać w wyznaczonych polach. Jeśli potrzebujesz więcej miejsca, wypełnij dodatkowe strony [Części 4.2 – Decyzje dotyczące innych metod leczenia](#), dostarczone wraz z niniejszym przewodnikiem i dołącz je do Części 4.2 swojego testamentu życia.

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat dodawania stron do testamentu życia.



## Przykłady

Okoliczności zdrowotne	Moje decyzje dotyczące leczenia
Mam bardzo wysoki cholesterol	Nie podawajcie mi inhibitorów wchłaniania cholesterolu. Nie toleruję skutków ubocznych.
Wszystkie okoliczności	Nie wyrażam zgody na transfuzję krwi ani żadne produkty z krwi. To wbrew mojej wierze.
Mam regularne migreny	Nie podawajcie mi aspiryny. To powoduje u mnie ból żołądka.

### 4.3 Badania medyczne

**Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać. Uwaga: W Części 4 musisz podjąć co najmniej jedną decyzję dotyczącą leczenia, aby sporządzić ważny testament życia.**

W Części 4.3 pytamy o decyzje dotyczące udziału w badaniach medycznych. Informacje te będą miały zastosowanie tylko wtedy, gdy nie będziesz w stanie sam podejmować decyzji lub ich przekazywać.

Udział w badaniach medycznych może pomóc w rozwoju wiedzy medycznej i naukowej w celu zapobiegania, wykrywania i/lub leczenia chorób. W Części 4.3 wymieniono różne rodzaje medycznej działalności badawczej. Możesz zaznaczyć okoliczności, w których wyrażasz lub nie wyrażasz zgody na udział w wymienionych rodzajach medycznej działalności badawczej. W poniższej tabeli podano przykłady każdej z medycznych działalności badawczych wymienionych w Części 4.3.

Badania medyczne muszą być prowadzone zgodnie z restrykcyjnymi wytycznymi i za zgodą komisji ekspertów ds. badań z udziałem ludzi (Human Research Ethics Committee, która jest zgodna z *National Statement on Ethical Conduct in Human Research*).

Jeśli wyrazisz zgodę na udział w przyszłych badaniach medycznych, dotyczy to wyłącznie badań zatwierdzonych przez Komisję ds. badań z udziałem ludzi i zgodnych z krajowymi wytycznymi dotyczącymi badań. Więcej informacji na temat badań medycznych możesz znaleźć na stronie internetowej Biura Rzecznika Praw Obywatelskich pod adresem [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au).

[Powszechnie używane pojęcia](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje również oferują więcej informacji.





Działalność badawcza	Przykład takiego badania
Użycie sprzętu lub wyrobu medycznego	Badanie skuteczności nowego typu maski tlenowej lub rozrusznika serca.
Świadczenie opieki zdrowotnej, która nie zyskała jeszcze poparcia znacznej liczby lekarzy w tej dziedzinie opieki zdrowotnej	Wypróbowanie nowego leku lub rodzaju sprzętu, który jak dotąd wykazał skuteczność jedynie w badaniu z udziałem niewielkiej liczby pacjentów.
Świadczenie opieki zdrowotnej w celu przeprowadzenia oceny porównawczej	Badanie, w którym porównuje się wpływ na chorobę 2 różnych leków lub terapii. W tego typu badaniach jedna grupa pacjentów otrzymuje jedną, a druga grupa pacjentów inną metodę leczenia.
Pobieranie próbek krwi	Badania polegające na pobraniu krwi w celu zbadania jej w laboratorium pod kątem zmian, np. zmian w liczbie lub rodzaju krwinek.
Pobieranie próbek tkanki lub płynu z ciała, w tym z jamy ustnej, gardła, jamy nosowej, oczu lub uszu	Przeprowadzenie biopsji pieprzyka lub piega (podczas której część pieprzyka lub piega jest wycinana w znieczuleniu miejscowym) w celu poszukiwania oznak raka skóry. Pobranie wymazu z wnętrza nosa w celu sprawdzenia obecności wirusa lub bakterii.
Każde nieinwazyjne badanie jamy ustnej, gardła, jamy nosowej, oczu lub uszu	Świecenie światłem w uszy, oczy lub jamę ustną w celu poszukiwania jakichkolwiek zmian lub oznak choroby.
Nieinwazyjne badanie wzrostu, wagi lub wzroku	Użycie wagi do zważenia osoby. Przeprowadzenie badania oczu w celu sprawdzenia wzroku danej osoby.
Obserwacja	Testy, w których ocenia się szybkość oddychania lub łatwość poruszania się danej osoby podczas wykonywania różnych rodzajów aktywności.
Przeprowadzenie ankiety, wywiadu lub grupy fokusowej	Odpowiadanie na papierową lub internetową ankietę z pytaniami dotyczącymi leczenia lub opieki. Udział w rozmowie lub spotkaniu w małej grupie w celu podzielenia się pomysłami na temat tego, co mogłoby poprawić doświadczenie pacjenta w zakresie opieki.
Gromadzenie, wykorzystywanie lub ujawnianie informacji, w tym danych osobowych	Badania, w których informacje z dokumentacji medycznej pacjenta są udostępniane (za zgodą pacjenta) naukowcom, oprócz informacji z innych rejestrów pacjentów, aby zrozumieć różnice i podobieństwa między grupami pacjentów, na przykład jak często osoby z określonym schorzeniem są przyjmowane do szpitala w okresie 10 lat.
Rozpatrywanie lub ocena próbek lub informacji pobranych w ramach działalności wymienionej powyżej	Porównywanie wyników badań krwi od różnych pacjentów w celu poszukiwania podobieństw i różnic w ramach badań mających na celu zrozumienie choroby i jej leczenia.

## Część 5: Osoby, które pomogły mi wypełnić mój testament życia

Możesz zdecydować się na wypełnienie niektórych, wszystkich lub żadnego z pytań w Części 5. Przekreśl wszystkie pytania, których nie chcesz wypełniać.

W przypadku niektórych pytań w testamencie życia może być konieczne zamieszczenie dodatkowych informacji (np. oświadczenie tłumacza).

W Części 5 możesz wymienić osoby, które pomogły Ci wypełnić twój testament życia.

### 5.1 Czy podczas wypełniania tego formularza korzystałeś z usług tłumacza?

W Części 5.1 należy podać, czy podczas sporządzania testamentu życia korzystałeś z pomocy tłumacza.

Na to pytanie możliwe są 3 odpowiedzi:

- **Opcja 1: Angielski jest moim ojczystym językiem – nie musiałam angażować tłumacza.**  
Wybierz tę opcję, jeśli pewnie posługujesz się językiem angielskim i nie angażowałeś tłumacza podczas wypełniania formularza.
- **Opcja 2: Język angielski nie jest moim ojczystym językiem – podczas sporządzania niniejszego testamentu życia zaangażowałam tłumacza i załączyłam jego oświadczenie.**  
Wybierz tę opcję, jeśli skorzystałeś z usług tłumacza w celu tłumaczenia formularza. Należy wypełnić [oświadczenie tłumacza](#) dołączone do niniejszego przewodnika i załączyć je do Części 5.1 testamentu życia.
- **Opcja 3: Język angielski nie jest moim ojczystym językiem – podczas sporządzania niniejszego testamentu życia nie korzystałam z usług tłumacza.**  
Wybierz tę opcję, jeśli angielski nie jest twoim językiem ojczystym, ale wypełniłeś formularz bez pomocy tłumacza.

Możesz zaznaczyć tylko jedno pole lub przekreślić to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Jeśli wybierzesz opcję 2, zaleca się, abyś wraz z tłumaczem zapoznał się z częścią [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat skorzystania z usług tłumacza.

Jeśli wybierzesz opcję 2 – ty wraz z tłumaczem powinniście wypełnić oświadczenie tłumacza dołączone do niniejszego przewodnika i załączyć je do testamentu życia.



## 5.2 Czy sporządziłeś trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki (EPG)?

W Części 5.2 prosimy o podanie informacji o tym, czy zostało sporządzone trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki (Enduring Power of Guardianship).

Stale pełnomocnictwo w zakresie opieki jest dokumentem prawnym, który umożliwia nazwanie i prawne wyznaczenie jednej lub większej liczby osób do podejmowania decyzji dotyczących stylu życia i opieki zdrowotnej za ciebie, jeśli nie jesteś już w stanie sam podejmować lub przekazywać takich decyzji. Jeśli sporządzisz trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki, zdecydowanie zaleca się, abyś zawarł jego szczegóły w swoim testamencie życia.

Osoba, którą wyznaczysz do podejmowania decyzji w twoim imieniu nazywana jest trwałym opiekunem.

Trwały opiekun nie może uchylić decyzji podjętych w twoim testamencie życia, z wyjątkiem szczególnych okoliczności (np. jeśli pojawią się nowe opcje leczenia, które nie istniały w momencie wypełniania przez ciebie testamentu życia).

**Możesz zaznaczyć tylko jedno pole lub przekreślić to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać. Jeśli wybierzesz opcję 2, powinieneś zawrzeć szczegóły dotyczące twojego trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki i trwałego opiekuna.**

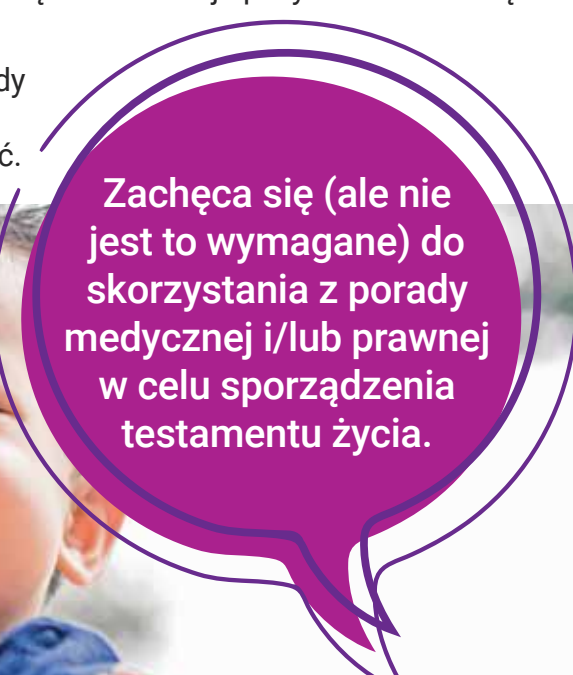
Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby dowiedzieć się więcej na temat trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki i sposobie wyznaczania trwałego opiekuna.

## 5.3 Czy zasięgnąłeś porady medycznej i/lub prawnej w sprawie sporządzenia niniejszego testamentu życia?

W Części 5.3 należy podać szczegółowe informacje na temat wszelkich porad medycznych i/lub prawnych, z których skorzystałeś podczas sporządzania testamentu życia.

Może okazać się przydatne zasięgnięcie porady medycznej i/lub prawnej, aby upewnić się i bliskie ci osoby, że decyzje podjęte w testamencie życia leżą w twoim najlepszym interesie i są właściwe dla twoich okoliczności zdrowotnych.

Możesz zaznaczyć tylko jedno pole w odniesieniu do porady medycznej oraz tylko jedno pole w odniesieniu do porady prawnej. Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.



Zachęca się (ale nie jest to wymagane) do skorzystania z porady medycznej i/lub prawnej w celu sporządzenia testamentu życia.



## Część 6: Podpis i poświadczenie

### Musisz wypełnić tę część testamentu życia i spełnić określone wymagania dotyczące świadków.

**Aby upewnić się, że testament życia jest ważny, należy spełnić następujące wymagania dotyczące podpisania i poświadczenia testamentu życia.**

- Testament życia musisz podpisać w obecności 2 świadków. Obaj świadkowie muszą obserwować, jak podpisujesz testament życia.
- Świadkowie muszą również podpisać testament życia. Musisz obserwować, jak poświadczają oni testament życia. Każdy świadek musi obserwować, jak drugi świadek podpisuje testament życia.
- Obaj świadkowie muszą mieć ukończone 18 lat i posiadać pełną zdolność do czynności prawnych.
- Jednym ze świadków musi być osoba uprawniona do bycia świadkiem pisemnych oświadczeń pod przysięgą.

Szczegółową listę osób upoważnionych do składania oświadczeń pod przysięgą w Australii Zachodniej można znaleźć w Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005 (Ustawie o przysięgach i pisemnych oświadczeniach pod przysięgą z 2005 r.), Załącznik 2 pod adresem [wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations](http://wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations).

Uproszczona lista osób upoważnionych:

- nauczyciel akademicki (instytucja kształcenia policealnego)
- księgowy
- architekt
- australijski urzędnik konsularny
- australijski urzędnik dyplomatyczny
- komornik
- kierownik banku
- biegły sekretarz
- farmaceuta
- kręgarz
- audytor lub likwidator spółki
- urzędnik sądowy
- oficer sił obronnych
- stomatolog
- doktor
- pracownik biura posła do parlamentu krajowego
- inżynier
- sekretarz sektora organizacji przemysłowej
- agent ubezpieczeniowy
- sędzia pokoju
- urzędnik Landgate
- prawnik
- dyrektor generalny samorządu terytorialnego lub jego zastępca
- radny samorządu terytorialnego
- likwidator szkód
- celebrans udzielający ślubu
- członek parlamentu
- położna
- duchowny
- pielęgniarka
- optyk
- ratownik medyczny
- rzecznik patentowy
- fizjoterapeuta
- podolog
- policjant
- kierownik urzędu pocztowego
- psycholog
- notariusz
- funkcjonariusz państwowy (Wspólnota lub stan)
- agent nieruchomości
- agent rozrachunkowy
- szeryf lub zastępca szeryfa
- inspektor
- nauczyciel
- urzędnik sądowy
- weterynarz



Podając dane adresowe świadków, należy użyć adresu, a nie skrzynki pocztowej (PO). Adres może być adresem służbowym, miejscem zatrudnienia lub adresem zamieszkania świadka.

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat roli i obowiązków świadków.

## Co, jeśli nie jestem w stanie podpisać mojego testamentu życia?

Jeżeli nie jesteś w stanie podpisać wypełnionego testamentu życia, możesz zrobić dowolny znak, w tym inicjał, krzyżyk lub odcisk kciuka.

Jeśli używasz znaku innego niż podpis, musisz wypełnić klauzulę dotyczącą podpisu dostarczoną z niniejszym przewodnikiem i załączyć ją do Części 6 swojego testamentu życia. W przypadku zawarcia klauzuli zaleca się zasięgnięcie porady prawnej (adwokata lub wspólnotowej służby prawnej).

Zobacz [Najczęściej zadawane pytania](#) w Sekcji 3: Przydatne informacje, aby uzyskać więcej informacji na temat wypełniania testamentu życia przez osoby niedowidzące lub niepotrafiące czytać i/lub pisać.





# Sekcja 3: Przydatne informacje

W tej sekcji znajdują się najczęściej zadawane pytania oraz lista kontrolna dotycząca przygotowania, wypełnienia i przechowywania testamentu życia. Zawiera również powszechnie używane pojęcia i miejsca, w których można uzyskać więcej informacji.

## Najczęściej zadawane pytania

W tej części znajdują się odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania dotyczące sporządzania testamentu życia.

### Ogólne

#### Kiedy mój testament życia będzie miał zastosowanie?

Testament życia zostanie zastosowany wyłącznie w przypadku, gdy nie będziesz w stanie podjąć i/lub przekazać decyzji dotyczących twojego leczenia i opieki zdrowotnej oraz jeśli dotyczy ona leczenia, którego wymagasz.

#### Jak długo mój testament życia będzie ważny?

Decyzje podjęte przez ciebie w testamencie życia są ważne:

- aż do twojej śmierci lub
- do czasu unieważnienia (anulowania) testamentu życia lub
- podczas gdy opcje leczenia wymienione w twoim testamencie życia pozostają odpowiednie. Testament życia nie będzie miał zastosowania w przypadku nowych opcji leczenia, które mogą stać się dostępne po wypełnieniu przez ciebie testamentu życia.

#### Jeśli użyłem starego szablonu dla mojego testamentu życia, czy jest on nadal ważny?

Tak. Jeśli przed 4 lutego 2023 roku sporządziłeś testament życia przy użyciu starej wersji formularza i przestrzegłeś wszystkich wymogów prawnych dotyczących wypełnienia formularza, będzie on nadal ważny.

#### Czy muszę zarejestrować mój testament życia?

Nie. Nie ma prawnego obowiązku rejestrowania swojego testamentu życia. Zaleca się poinformować osoby bliskie i zaangażowane w opiekę nad tobą, że sporządziłeś testament życia i przekazać im jego kopię. Więcej informacji można znaleźć na stronie [Co należy zrobić z wypełnionym testamentem życia?](#)

## Czy pracownik służby zdrowia zawsze będzie musiał postępować zgodnie z moimi decyzjami zawartymi w testamentie życia?

Tak. W większości sytuacji, jeśli staniesz się niezdolny do podejmowania lub komunikowania decyzji dotyczących twojego leczenia i opieki, pracownicy służby zdrowia muszą przestrzegać decyzji zawartych w twoim testamentie życia, z zastrzeżeniem pewnych ograniczonych wyjątków. Ograniczony wyjątek może wystąpić, jeśli:

- okoliczności istotne dla decyzji o leczeniu uległy zmianie od czasu podjęcia decyzji o leczeniu, oraz
- nie mogłeś racjonalnie przewidzieć tych zmian, gdy sporządziłeś testament życia, oraz
- jest prawdopodobne, że racjonalnie myśląca osoba znająca zmianę okoliczności zmieniłaby zdanie na temat decyzji o leczeniu.

## Jak często i kiedy należy weryfikować swój testament życia?

Zaleca się dokonywanie weryfikacji testamentu życia co 2-5 lat lub w przypadku zmiany okoliczności. Na przykład w przypadku zdiagnozowania nowej, trwającej i/lub ograniczającej życie choroby może zaistnieć potrzeba dokonania weryfikacji testamentu życia przed upływem 2-5 lat.

## Jaka jest różnica pomiędzy planowaniem wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości, formularzem wartości i preferencji, planem wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości dla osoby nieposiadającej wystarczającej zdolności do podejmowania decyzji i testamentem życia?

Planowanie wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości to dobrowolny proces planowania przyszłej opieki zdrowotnej i osobistej, w którym wyrażasz swoje wartości, przekonania i preferencje, aby zarządzać procesem podejmowania decyzji w przyszłości, gdy nie będziesz w stanie podjąć lub przekazać swoich decyzji.

W ramach tego procesu możesz zdecydować się na wypełnienie dokumentu planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości, aby zapisać swoje wartości, przekonania, preferencje i decyzje dotyczące leczenia. W Australii Zachodniej dokumenty dotyczące planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości obejmują następujące dokumenty:

- **Formularz wartości i preferencji: Planowanie mojej przyszłej opieki** (Values and Preferences Form) to dokument, w którym możesz zapisać, co cenisz i czego oczekujesz od swojej opieki w przyszłości, w tym gdzie chcesz mieszkać i inne rzeczy, które są dla Ciebie ważne. Ten formularz może być uznany za dyrektywę opartą na prawie powszechnym (Common Law). Więcej informacji znajdziesz w poniższej sekcji: [Jaka jest różnica pomiędzy dyrektywą opartą na prawie powszechnym a testamentem życia?](#)
- **Plan wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości (Advance Care Plan) dla osoby nieposiadającej wystarczającej zdolności do podejmowania decyzji** to dokument sporządzony w twoim imieniu przez upoważnionego decydenta (decydentów), który pozostaje z tobą w bliskim i stałym związku (tj. osobę znajdującą się najwyżej w hierarchii osób podejmujących decyzje dotyczące leczenia, która jest dostępna i gotowa do podejmowania decyzji). Dokument ten może być wykorzystany jako wytyczna dla decydentów i pracowników służby zdrowia przy podejmowaniu w twoim imieniu decyzji o leczeniu, jeśli nie posiadasz ważnego testamentu życia lub formularza wartości i preferencji. Powinien być stosowany wyłącznie w przypadku, gdy dana osoba nie ma już zdolności do podejmowania decyzji, aby wypełnić formularz wartości i preferencji lub testament życia. Dokument ten ma charakter nieustawowy i nie jest dokumentem, w którym osoba może wyrazić prawną zgodę na leczenie lub odmówić leczenia. Dokumenty nieustawowe nie są uznawane na podstawie konkretnych przepisów prawnych.
- **Testament życia** to dokument prawny używany do zapisywania twoich decyzji dotyczących metod leczenia, na które wyrażasz lub nie wyrażasz zgody, jeśli w przyszłości zachorujesz lub doznasz obrażeń. Może go złożyć tylko osoba w wieku powyżej 18 lat posiadająca zdolność do podejmowania i komunikowania własnych decyzji. Testament życia jest dokumentem ustawowym, ponieważ jest uznawany przez ustawodawstwo. Dokumenty ustawowe są najbardziej formalnym i wiążącym prawnie sposobem zapisu twoich życzeń.

## Jaka jest różnica pomiędzy dyrektywą opartą na prawie powszechnym a testamentem życia?

Dyrektywy oparte na prawie powszechnym to pisemne lub ustne deklaracje opisujące życzenia danej osoby dotyczące opieki zdrowotnej lub osobistej w przyszłości, w tym zapewnienia lub zaprzestania metody leczenia w określonych sytuacjach. Nie ma formalnych wymogów względem dyrektyw opartych na prawie powszechnym. Ustalenie, że dana dyrektywa oparta na prawie powszechnym jest ważna w świetle prawa i ma być przestrzegana, może nastęrczać znacznych trudności. Z tego powodu nie są one zalecane w przypadku podejmowania decyzji dotyczących leczenia.

Testament życia to dokument prawny używany do zapisywania twoich decyzji dotyczących metod leczenia, na które wyrażasz lub nie wyrażasz zgody, jeśli w przyszłości zachorujesz lub doznasz obrażeń. Może go złożyć tylko osoba w wieku powyżej 18 lat posiadająca zdolność do podejmowania i komunikowania własnych decyzji. Testament życia jest dokumentem ustawowym, ponieważ jest uznawany przez ustawodawstwo. Dokumenty ustawowe są najbardziej formalnym i wiążącym prawnie sposobem zapisu twoich życzeń.

## Poświadczanie, podpisywanie i udostępnianie

### Czy mogę zostać zmuszony do podpisania testamentu życia wbrew mojej woli?

Nie. Wszystkie decyzje dotyczące leczenia zawarte w testamencie życia muszą być podjęte dobrowolnie. Decyzja o leczeniu, która została wymuszona/podjęta wbrew twojej woli pod wpływem nakłaniania lub przymusu jest nieważna.

Jeżeli członek rodziny lub pracownik służby zdrowia podejrzewa, że testament życia nie został sporządzony w sposób dobrowolny lub pod wpływem nakłaniania lub przymusu, należy złożyć wniosek do Państwowego Trybunału Administracyjnego (State Administrative Tribunal) na mocy *Ustawy o opiece i administracji z 1990 r.* o ustalenie (nie)ważności.

### Czy mogę poprosić mojego lekarza, aby był świadkiem podpisania mojego testamentu życia?

Tak. Możesz poprosić swojego lekarza, aby był świadkiem podpisania testamentu życia. Twój lekarz musi podpisać się jako świadek, w obecności innego świadka (który również musi mieć ukończone 18 lat).

### Czy mogę poprosić członka rodziny, aby był świadkiem mojego testamentu życia?

Tak. Zaleca się jednak, aby wybierać niezależnych świadków, a nie członków rodziny.

### Czy mogę poprosić tłumacza, aby był świadkiem mojego testamentu życia?

Nie. Jeśli podczas sporządzania testamentu życia korzystałeś z usług tłumacza, tłumacz ten nie może być świadkiem składania twojego podpisu na testamencie życia.

### Czy muszę informować inne osoby o tym, że sporządziłem testament życia?

Zdecydowanie zaleca się poinformować osoby bliskie i zaangażowane w opiekę nad tobą, że sporządziłeś testament życia i udostępnić im jego kopię. Poinformuj ich, gdzie przechowujesz swój testament życia, aby mieli do niej łatwy dostęp w razie potrzeby w przyszłości.

## Dodatkowe zapisy, wprowadzanie zmian, włączanie i unieważnianie (anulowanie)

### Czy mogę dołączyć dodatkowe strony do mojego testamentu życia?

Tak. Możesz dodać więcej informacji do swojego testamentu życia, pod warunkiem, że zrobisz to przed jego podpisaniem i poświadczeniem. Nie możesz dodawać dodatkowych stron po poświadczeniu i podpisaniu testamentu życia.

### Jak mogę dołączyć dodatkowe strony do mojego testamentu życia?

Aby dodać strony do swojego testamentu, upewnij się, że:

- zastosowałeś format zgodny z odpowiednią sekcją testamentu życia, do której dodajesz strony
  - jeśli dodajesz strony do Części 4.2, możesz skorzystać z [dodatkowych stron dla Części 4.2 – Inne decyzje dotyczące leczenia](#), dołączonych do niniejszego przewodnika
  - jeśli dodajesz oświadczenie tłumacza, użyj [oświadczenia tłumacza](#) dostarczonego niniejszym przewodnikiem i dołącz je do Części 5.1
  - jeśli dodajesz [klauzulę dotyczącą podpisu](#), użyj klauzuli dotyczącej podpisu dostarczonej z tym przewodnikiem i dołącz ją do Części 6
- fizycznie dołącz (np. zszywając) dodatkowe strony do odpowiedniej sekcji testamentu życia
- podpisz i opatrz datą dolną część dodatkowych stron, gdy podpisujesz testament życia (Część 6) w obecności świadków.

Upewnij się, że twoi świadkowie:

- podpisali dolną część wszelkich dodatkowych stron dołączonych do testamentu życia w tym samym czasie, w którym podpisują Część 6.





## **Czy mogę uzupełnić i/lub dokonać zmian decyzji zawartych w moim testamencie życia po jego podpisaniu i poświadczeniu?**

Nie. Nie można uzupełniać i/lub dokonywać zmian decyzji zawartych w testamencie życia po jego podpisaniu i poświadczeniu.

W przypadku konieczności dokonania zmian w swoim testamencie życia, powinieneś unieważnić (lub anulować) obecny testament życia i sporządzić nowy.

## **Co się stanie, jeśli zmienię adres lub dane kontaktowe po podpisaniu i poświadczeniu przeze mnie testamentu życia?**

Twój testament życia pozostaje ważny, jeśli zmienisz swój adres i/lub dane kontaktowe. Nie trzeba unieważniać (anulować) swojego testamentu życia, jeśli zmianie uległy tylko dane osobowe. Możesz po prostu poinformować osoby, które posiadają kopię twojego testamentu życia o swoich zaktualizowanych danych osobowych.

## **W jaki sposób mogę unieważnić (lub anulować) mój testament życia?**

Aby unieważnić testament życia, musisz posiadać pełną zdolność do czynności prawnych. Prawo przewiduje zabezpieczenia gwarantujące, że testamenty życia nie mogą być sporządzane, zmieniane lub unieważniane, jeśli dana osoba nie posiada takiej zdolności.

W testamencie życia znajduje się oświadczenie, które pozwala wskazać, że unieważniasz poprzednią wersję.

Departament Zdrowia Australii Zachodniej zaleca, abyś napisał do wszystkich (osób i organizacji), że unieważniłeś (anulowałeś) swój testament życia. Może to obejmować lekarza rodzinnego, innych pracowników służby zdrowia, świadczeniodawców usług zdrowotnych, członków rodziny i/lub przyjaciół, którzy aktualnie posiadają kopię twojego testamentu życia.

Każdy, kto posiada starą kopię twojego testamentu życia powinien ją tobie zwrócić, a ty powinieneś zniszczyć stare kopie.

## **Czy w testamencie życia można zawrzeć zgodę na dawstwo organów i tkanek?**

Nie. Testament życia nie może być wykorzystany do formalnego zarejestrowania chęci dawstwa organów i tkanek. Dawstwo organów i tkanek należy formalnie zarejestrować na stronie [donatelife.gov.au](http://donatelife.gov.au). Ważne jest też, aby porozmawiać z członkami rodziny o swoich decyzjach dotyczących dawstwa organów i tkanek, ponieważ krewni zostaną poproszeni o wyrażenie na to zgody w przypadku twojej śmierci.

## **Czy mogę wyrazić zgodę na włączenie aktywnej dobrowolnej eutanazji do testamentu życia?**

Nie. Aktywna dobrowolna eutanazja (Voluntary assisted dying, [health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying](http://health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying)) jest opcją prawną dla mieszkańców Australii Zachodniej, którzy spełniają wymagane kryteria. Nie jest możliwe włączenie aktywnej dobrowolnej eutanazji do testamentu życia. Jeśli jednak chcesz to rozważyć, możesz porozmawiać ze swoim lekarzem lub skontaktować się z Usługami Przewodnika Opieki dla Aktywnej Dobrowolnej Eutanazji (WA VAD Statewide Care Navigator Service. Przewodnicy opieki, którzy tam pracują, są wykwalifikowanymi pracownikami służby zdrowia z bogatą wiedzą na temat aktywnej dobrowolnej eutanazji jako wyboru związanego z zakończeniem życia. Mają duże doświadczenie we wspieraniu pacjentów, rodzin i pracowników służby zdrowia.



## Dostępność

### Czy testament życia jest dostępny w języku innym niż angielski?

Nie. Testament życia jest dostępny tylko w języku angielskim i aby był ważny, twoje odpowiedzi muszą być napisane po angielsku. Ten przewodnik i inne informacje dotyczące planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości są dostępne w wielu językach. Więcej informacji można znaleźć na stronie [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives).

### Czy mogę skorzystać z pomocy tłumacza, który pomoże mi z testamentem życia?

Tak, możesz skorzystać z usług tłumacza przy sporządzaniu testamentu życia. Zaleca się, aby tłumacz posiadał kwalifikacje i/lub uprawnienia do wykonywania tłumaczeń. Patrz [Część 5.1 w Sekcji 2: Przewodnik krok po kroku](#). Sekcja [Gdzie można znaleźć dalsze informacje](#) niniejszego przewodnika zawiera szczegóły na temat tego, gdzie można uzyskać usługi tłumaczeniowe.

### Czy mogę poprosić lekarza o zorganizowanie tłumacza, abyśmy mogli omówić mój testament życia?

Tak. Jeśli chcesz omówić swój testament życia z lekarzem (lub innym pracownikiem służby zdrowia zaangażowanym w opiekę nad tobą), możesz poprosić o skorzystanie z usług tłumacza. Tłumacz może być w pomieszczeniu z tobą lub tłumaczyć twoją rozmowę przez telefon.

### Co powinien zrobić mój tłumacz wspólnie ze mną, aby wypełnić testament życia?

Twój tłumacz powinien wypełnić razem z tobą [oświadczenie tłumacza](#) dołączone do niniejszego przewodnika i załączyć je do Części 5.1 wypełnionego testamentu życia.

### Jak mogę sporządzić testament życia, jeśli niedowidzę lub nie jestem w stanie czytać i/lub pisać?

Niezdolność do czytania i/lub pisania, i/lub podpisania się swoim imieniem i nazwiskiem nie stanowi przeszkody w sporządzeniu testamentu życia. Możesz poprosić kogoś, aby przeczytał ci testament życia (oraz niniejszy przewodnik) i poprosić o pomoc w wypełnieniu testamentu życia.

Jeżeli nie jesteś w stanie podpisać wypełnionego testamentu życia, możesz poprosić kogoś, aby podpisał go w twoim imieniu. Osoba, która podpisze się w twoim imieniu, będzie musiała wypełnić drugą opcję na stronie podpisu w Części 6.

Jeśli chcesz „podpisać” testament życia sam, używając dowolnego znaku innego niż podpis, musisz wypełnić [klauzulę dotyczącą podpisu](#) dostarczoną z niniejszym przewodnikiem i załączyć ją do Części 6 swojego testamentu życia. Te same wymogi dotyczące poświadczania obowiązują nawet w przypadku korzystania z klauzuli dotyczącej podpisu.

W przypadku zawarcia klauzuli zaleca się zasięgnięcie porady prawnej (adwokata lub wspólnotowej służby prawnej). Sekcja [Gdzie można znaleźć dalsze informacje](#) niniejszego przewodnika zapewnia szczegóły na temat tego, gdzie można zasięgnąć porady prawnej.

## Leczenie podtrzymujące życie

### Co to jest leczenie podtrzymujące życie?

Leczenie podtrzymujące życie to opieka zdrowotna, której celem jest utrzymanie osoby przy życiu i/lub pozostanie przy życiu, jeśli grozi jej śmierć. Przykłady leczenia podtrzymującego życie obejmują:

- CPR (resuscytacja krążeniowo-oddechowa) (np. leczenie mające na celu podtrzymanie pracy serca, gdy przestało ono bić)
- wspomaganie oddychania (np. urządzenie, które pomaga w oddychaniu przez maskę lub rurkę do oddychania)
- sztuczne nawodnienie (np. płyny podawane przez rurkę do żyły, tkanek lub żołądka)
- sztuczne odżywianie (np. sonda pokarmowa przez nos lub żołądek)
- otrzymywanie produktów z krwi (np. transfuzja krwi)
- antybiotyki (np. leki podawane w celu pomocy w zwalczaniu infekcji, podawane w formie zastrzyku doustnego lub przez kroplówkę).

## Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki

### Czym jest trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki?

Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki (Enduring Power of Guardianship, EPG) to dokument prawny, który upoważnia wybraną przez siebie osobę do podejmowania w twoim imieniu ważnych decyzji w sprawach osobistych, stylu życia i leczenia, jeśli kiedykolwiek staniesz się niezdolny do samodzielnego podejmowania lub przekazywania decyzji.

Osoba ta (lub osoby) jest zwana trwałym opiekunem. Możesz upoważnić trwałego opiekuna do podejmowania decyzji dotyczących twojego miejsca zamieszkania, usług wsparcia, do których masz dostęp oraz otrzymywanego przez siebie leczenia. Nie możesz upoważnić trwałego opiekuna do podejmowania decyzji dotyczących twojego majątku lub spraw finansowych. Można mieć więcej niż jednego trwałego opiekuna, ale muszą oni działać wspólnie, co oznacza, że muszą osiągnąć porozumienie w sprawie wszelkich decyzji podejmowanych w imieniu danej osoby.

Więcej informacji na temat trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki i trwałych opiekunów można znaleźć na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich (Office of the Public Advocate) pod adresem [justice.wa.gov.au/epg](https://justice.wa.gov.au/epg).

### Jeśli sporządzę testament życia, czy muszę również sporządzić trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki?

Nie. Nie masz obowiązku sporządzania trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki tylko dlatego, że sporządziłeś testament życia.

Jednakże, wyznaczając trwałego opiekuna, zwiększysz prawdopodobieństwo, że decyzje podejmowane w twoim imieniu będą odzwierciedlać twoje wartości, przekonania i preferencje, jeśli staniesz się niezdolny do samodzielnego podejmowania lub komunikowania tych decyzji.



## Uwierzytelnione kopie i przechowywanie

### Jak zrobić uwierzytelnioną kopię mojego testamentu życia?

Uwierzytelniona kopia to kserokopia dokumentu, która została poświadczona jako bezpośrednia kopia dokumentu oryginalnego przez upoważnionego świadka. W Australii Zachodniej nie ma przepisów określających, jak należy poświadczyc kopię dokumentu i/lub kto może to zrobić.

Zwykle jednak dokumenty są poświadczane przez osobę, która jest upoważniona jako świadek do składania ustawowych oświadczeń na mocy Załącznika 2 Ustawy o przysięgach i pisemnych oświadczeniach pod przysięgą z 2005 r. (Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005). Więcej informacji na temat poświadczania kopii testamentu życia można znaleźć na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich (Office of the Public Advocate) pod adresem [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au) lub Arkusza informacyjnym departamentu sprawiedliwości – poświadczanie kopii dokumentów (Department of Justice Information Fact Sheet – Certifying Copies of Documents) – [justice.wa.gov.au](http://justice.wa.gov.au).

### Co należy zrobić z wypełnionym testamentem życia?

Oryginał testamentu życia powinien być przechowywany w bezpiecznym miejscu.

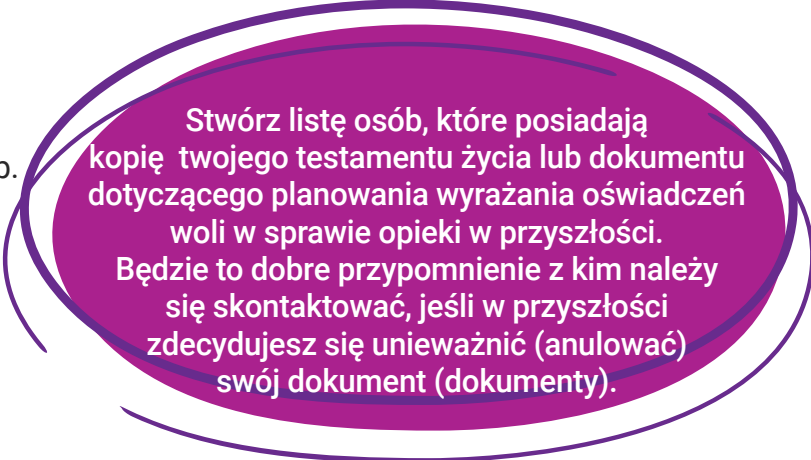
Możesz również przechowywać jego kopię online w kartotece medycznej My Health Record. Aby przesłać swój testament życia do My Health Record, wejdź na stronę [digitalhealth.gov.au](http://digitalhealth.gov.au).

Zaleca się poinformować osoby bliskie i zaangażowane w opiekę nad tobą, że sporządziłeś testament życia. Kopię wypełnionego testamentu życia możesz przekazać dowolnej liczbie bliskich ci osób. Może to obejmować:

- rodzinę, przyjaciół i opiekunów
- trwałego opiekuna (opiekunów)
- lekarza rodzinnego lub miejscowego
- innego specjalistę (specjalistów) i/lub pracowników służby zdrowia
- placówkę opieki nad osobami starszymi
- miejscowy szpital
- przedstawicieli zawodu prawniczego.

Możesz również skorzystać z poniższych rozwiązań, aby poinformować innych, że posiadasz testament życia.

- noś ze sobą kartę ostrzegawczą AHD w torebce lub portfelu – możesz ją zamówić, kontaktując się z infolinią Advance Care Planning Departamentu Zdrowia pod numerem 9222 2300 lub wysyłając e-mail na adres [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au).
- nosić bransoletkę MedicAlert ([medicalert.org.au](http://medicalert.org.au)).



Stwórz listę osób, które posiadają kopię twojego testamentu życia lub dokumentu dotyczącego planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości. Będzie to dobre przypomnienie z kim należy się skontaktować, jeśli w przyszłości zdecydujesz się unieważnić (anulować) swój dokument (dokumenty).

# Lista kontrolna do sporządzenia testamentu życia

Czynności zaznaczone pogrubioną czcionką są wymagane dla ważności twojego testamentu życia.

- Przeczytaj testament życia i skorzystaj z niniejszego przewodnika, aby przygotować się i zrozumieć, co należy wziąć pod uwagę podczas wypełniania testamentu życia.
- Zastanów się, co ma dla ciebie największe znaczenie w zakresie twoich wartości, zdrowia i opieki zdrowotnej oraz co będzie miało największe znaczenie, jeśli w przyszłości poważnie zachorujesz lub doznasz ciężkich obrażeń.
- Porozmawiaj z bliską rodziną i przyjaciółmi o tym, co jest dla ciebie ważne oraz o twoich wartościach i preferencjach dotyczących opieki zdrowotnej, w tym opieki u schyłku życia.
- Poproś swojego lekarza o wyjaśnienie opcji leczenia podtrzymującego życie wymienionych w testamencie życia.
- Zastanów się, czy chcesz wyznaczyć trwałego opiekuna (opiekunów), który przejmie odpowiedzialność za decyzje dotyczące twojego zdrowia i stylu życia. Jeśli tak, zastanów się, kogo chcesz wyznaczyć i porozmawiaj z nim o swoich życzeniach.
- Zastanów się, w jaki sposób sporządzenie testamentu życia może wpłynąć na wszelkie inne dokumenty dotyczące planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości, które zostały wypełnione.
- Uzupełnij dane w swoim testamencie życia odręcznie lub wpisz je w elektronicznym formularzu PDF.
- Wypełnij Część 1 – Moje dane osobowe.**
- W Części 4 – Moje decyzje dotyczące leczenia w ramach testamentu życia, podejmij przynajmniej jedną decyzję dotyczącą leczenia.**
- W przypadku skorzystania z usług tłumacza w celu sporządzenia testamentu życia, należy wypełnić Część 5.1 oraz oświadczenie tłumacza dołączone do niniejszego przewodnika i załączyć je do Części 5.1 testamentu życia.
- Wypełnij Część 6, podpisując swój testament życia w obecności 2 świadków w wieku co najmniej 18 lat, w tym jednej osoby upoważnionej do składania oświadczeń ustawowych w Australii Zachodniej.**
- Jeśli do podpisania testamentu życia użyłeś znaku innego niż podpis, wypełnij klauzulę dotyczącą podpisu dostarczoną z niniejszym przewodnikiem i załącz ją do Części 6 swojego testamentu życia.**
- Zrób uwierzytelnione kopie i prześlij kopię do [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](https://myhealthrecord.gov.au), aby upewnić się, że w razie potrzeby twój testament życia będzie dostępny dla twoich lekarzy.
- Oryginał testamentu życia przechowuj w bezpiecznym miejscu.
- Przekaż uwierzytelnione kopie swojego testamentu życia bliskiej rodzinie i przyjaciołom oraz osobom zaangażowanym w opiekę nad tobą.
- Zaplanuj czas (co 2 do 5 lat) na weryfikację swojego testamentu życia lub zrób to natychmiast, jeśli zmieni się twój stan zdrowia.



## Gdzie można znaleźć dalsze informacje

W tej części znajduje się lista organizacji, które mogą ci pomóc w zrozumieniu i sporządzeniu testamentu życia.

### Testamenty życia

#### Department of Health WA Advance Care Planning Information Line

Pytania ogólne i możliwość zamówienia bezpłatnych materiałów dotyczących planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości (np. testamenty życia)

Telefon: 9222 2300

Email: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

Strona internetowa: [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)

#### Palliative Care Helpline

Informacje i wsparcie we wszelkich kwestiach związanych z planowaniem wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości, opieką paliatywną, żałobą i stratą

Telefon: 1800 573 299 (codziennie od 9.00 do 17.00)

Strona internetowa: [palliativecarewa.asn.au](http://palliativecarewa.asn.au)

#### Palliative Care WA

Ogólne pytania, materiały i informacje o bezpłatnych warsztatach społecznościowych dotyczących planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości

Telefon: 1300 551 704 (od poniedziałku do czwartku)

Strona internetowa: [palliativecarewa.asn.au](http://palliativecarewa.asn.au)

#### Advance Care Planning Australia Free Support Service

Ogólne pytania od pracowników służby zdrowia i konsumentów oraz pomoc w wypełnianiu dokumentów dotyczących planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości

Telefon: 1300 208 582 (od poniedziałku do piątku w godz. od 9.00 do 17.00 czasu wschodnioaustralijskiego)

Strona internetowa: [advancecareplanning.org.au](http://advancecareplanning.org.au)

### Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki

#### Office of the Public Advocate (Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich)

Informacje na temat trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki (Enduring Power of Guardianship), trwałych opiekunów i ocena zdolności

Telefon: 1300 858 455

Email: [opa@justice.wa.gov.au](mailto:opa@justice.wa.gov.au)

Strona internetowa: [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au)

## Porady medyczne

Zasięgnij porady lekarza rodzinnego, specjalisty lub lekarza miejscowego

### **healthdirect Australia**

Poufna infolinia służąca poradami zdrowotnymi może skierować cię do lokalnego lekarza rodzinnego lub umożliwi rozmowę z wykwalifikowaną pielęgniarką

Telefon: 1800 022 222 (dostępny o każdej porze, każdego dnia w roku)

Strona internetowa: [healthdirect.gov.au](http://healthdirect.gov.au)

## Porady prawne

W celu uzyskania porad prawnych należy zwrócić się do adwokata lub prawnika

### **Law Society of Western Australia**

Telefon: 9324 8600

Wyszukiwarka prawników: [lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer](http://lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer)

### **Citizens Advice Bureau**

Telefon: 9221 5711

Strona internetowa: [cabwa.com.au](http://cabwa.com.au)

### **Community Legal Centres**

Telefon: 9221 9322

Strona internetowa: [communitylegalwa.org.au](http://communitylegalwa.org.au)

### **Legal Aid WA**

Telefon: 1300 650 579

Strona internetowa: [legalaid.wa.gov.au](http://legalaid.wa.gov.au)

## Wnioski dotyczące funkcjonowania trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki i testamentów życia

### **Stanowy Trybunał Administracyjny (State Administrative Tribunal, SAT)**

Telefon: 1300 306 017

Strona internetowa: [sat.justice.wa.gov.au](http://sat.justice.wa.gov.au)

## Usługi tłumaczeniowe

Jeśli masz problemy ze zrozumieniem tego przewodnika i chciałbyś, aby ktoś ci go przetłumaczył, Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) oraz National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) posiadają internetowe katalogi, w których znajdują się listy wykwalifikowanych i akredytowanych tłumaczy, którzy mogą ci pomóc. Możesz również skontaktować się z Aboriginal Interpreting WA.

### **Aboriginal Interpreting WA**

Telefon: 0439 943 612

Strona internetowa: [aiwaac.org.au](http://aiwaac.org.au)

## Usługi dla osób niesłyszących lub cierpiących na zaburzenia słuchu

Skorzystaj z Krajowej Służby Przekaznikowej (National Relay Service), aby zadzwonić do którejkolwiek z agencji z tej sekcji. Więcej informacji znajdziesz na stronie:

[communications.gov.au/accesshub](http://communications.gov.au/accesshub)



## Powszechnie używane pojęcia

**Niniejszy rozdział zawiera definicje pojęć powszechnie stosowanych w testamencie życia.**

### Planowanie wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości

Dobrowolny proces planowania przyszłej opieki zdrowotnej i osobistej, w którym dana osoba wyraża swoje wartości, przekonania i preferencje, aby zarządzać procesem podejmowania decyzji w przyszłości, gdy nie będzie w stanie podjąć lub przekazać swoich decyzji.

### Dokumenty dotyczące planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości

Termin ogólny obejmujący dokumenty (w tym ustawowe i nieustawowe) powstające na podstawie planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości.

W Australii Zachodniej to obejmuje testament życia, formularz wartości i preferencji: Planowanie mojej opieki w przyszłości, trwałe pełnomocnictwo oraz plan wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości dla osoby nieposiadającej wystarczającej zdolności do podejmowania decyzji.

### Plan wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości dla osoby nieposiadającej wystarczającej zdolności do podejmowania decyzji

Dokumenty, które ujmują przekonania, wartości i preferencje danej osoby w odniesieniu do decyzji dotyczących opieki w przyszłości, ale które nie spełniają wymogów ustawowych lub prawa powszechnego ze względu na brak kompetencji danej osoby, niewystarczającą zdolność do podejmowania decyzji lub brak formalności (takich jak nieodpowiednia identyfikacja osoby, podpis oraz data). Plan taki może być sporządzony w formie ustnej lub pisemnej, przy czym preferowana jest forma pisemna.

### Testament życia

Dobrowolny, ustalany przez osobę dokument prawny wypełniony przez osobę dorosłą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, który koncentruje się na wartościach i preferencjach danej osoby w zakresie przyszłych decyzji dotyczących opieki, w tym preferowanych wyników i opieki.

Określa on leczenie, na które osoba wyraża lub nie wyraża zgody w określonych okolicznościach i wchodzi w życie wyłącznie w przypadku, gdy dana osoba staje się niezdolna do przekazania swoich życzeń.

### Zdolność do czynności prawnych

Osoba ma zdolność do czynności prawnych, gdy:

- rozumie wszelkie informacje i porady udzielone jej w celu ułatwienia podjęcia decyzji dotyczących testamentu życia.
- rozumie prawdopodobne konsekwencje swoich decyzji zawartych w jej testamencie życia dotyczących przyszłego leczenia oraz opieki
- jest w stanie rozważyć możliwe zalety i wady swoich decyzji
- jest w stanie zakomunikować swoje decyzje dotyczące przyszłego leczenia i opieki zdrowotnej.

### Uwierzytelniona kopia

Jest to prawidłowo poświadczona kserokopia testamentu życia, która została poświadczona jako bezpośrednia kopia dokumentu oryginalnego przez upoważnionego świadka.

### Schyłek życia

Ramy czasowe, w których osoba żyje z ograniczającą życie lub potencjalnie śmiertelną chorobą. Uważa się, że ludzie zbliżają się do schyłku życia, jeśli jest prawdopodobne, że umrą w ciągu najbliższych 12 miesięcy.

## Trwałe pełnomocnictwo

Trwałe pełnomocnictwo (Enduring Power of Attorney) to dokument, w którym osoba wyznacza kogoś (zwanego pełnomocnikiem) do zarządzania swoimi sprawami finansowymi.

## Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki (EPG)

Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki (Enduring Power of Guardianship) to dokument prawny, w którym osoba wyznacza trwałego opiekuna do podejmowania w jej imieniu decyzji w sprawach osobistych, stylu życia i leczenia w przypadku, gdy w przyszłości nie będzie w stanie sam podejmować rozsądnych decyzji w tych sprawach.

## Trwały opiekun

Osoba wyznaczana na podstawie trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki do podejmowania decyzji w sprawach osobistych, stylu życia i leczenia w imieniu osoby, która ją wyznaczyła.

## Opieka zdrowotna

Opieka zdrowotna może obejmować leczenie medyczne, leczenie podtrzymujące życie, operację, leczenie psychiatryczne, leki, leczenie stomatologiczne, opiekę okołoporodową, opiekę w nagłych wypadkach, opiekę pielęgniarską, podiatrę, fizjoterapię, optometrię, psychoterapię, opiekę nad zdrowiem Aborygenów, terapię zajęciową oraz inne usługi świadczone przez zarejestrowanych lekarzy, takie jak tradycyjna medycyna chińska.

## Pracownik służby zdrowia

Każdy zarejestrowany specjalista, który praktykuje dyscyplinę lub zawód w dziedzinie zdrowotnej, która wymaga zastosowania dorobku naukowego, w tym osoba należąca do zawodu specjalnie określonego przez ustawodawstwo.

## LGBTQIA+

Osoby, które identyfikują się jako lesbijki, geje, biseksualiści, osoby transpłciowe, interseksualne, queer/niepewne swojej tożsamości seksualnej, asekualne i/lub inne zróżnicowane orientacje seksualne i tożsamości płciowe.

## Środki lub leczenie podtrzymujące życie

Zabiegi medyczne, chirurgiczne lub pielęgniarstwo, które zastępują istotną funkcję organizmu niezdolnego do samodzielnej pracy. Obejmuje to wspomaganie oddychania i resuscytację krążeniowo-oddechową.

## Badania medyczne

Badania prowadzone z osobami fizycznymi lub na ich temat, lub ich danymi lub tkankami, w dziedzinie medycyny lub zdrowia, obejmujące działania podejmowane na potrzeby tych badań.

## Opieka paliatywna

Opieka zdrowotna skoncentrowana na poprawie jakości życia osób z zagrażającą życiu chorobą lub stanem, w tym ich rodzin i opiekunów.

Opieka paliatywna uznaje osobę oraz znaczenie i wyjątkowość jej rodziny/ opiekuna. Uwzględnia stres wywołany czynnikami fizycznymi, społecznymi, finansowymi, emocjonalnymi i duchowymi, z których wszystkie mogą wpływać na doświadczenia danej osoby i wyniki leczenia.

## Rzecznik Praw Obywatelskich

Urzędnik ustawowy powołany na mocy *Guardianship and Administration Act 1990* (Ustawa o opiece i administracji) w celu ochrony i promowania praw osób dorosłych z niepełnosprawnością decyzyjną.

## Stanowy Trybunał Administracyjny (State Administrative Tribunal, SAT)

Organ sądowy, który na mocy *Guardianship and Administration Act 1990* rozpatruje sprawy dotyczące działania trwałego pełnomocnictwa w zakresie opieki i testamentów życia.

## Decyzja dotycząca leczenia

Decyzja o wyrażeniu lub odmowie zgody na rozpoczęcie lub kontynuację jakiegokolwiek leczenia.

## Pilne leczenie

Leczenie pilnie potrzebne pacjentowi w celu ratowania życia osoby, zapobieżenia poważnemu uszczerbkowi na zdrowiu osoby lub zapobieżenia odczuwania przez nią znacznego bólu lub cierpienia lub ich złagodzenia.



## Poniżej przedstawiono terminy medyczne stosowane w testamencie życia.

### Antybiotyki

Rodzaj leku stosowanego w leczeniu zakażeń.

### Sztuczne nawodnienie

Płyny podawane przez rurkę do żyły, tkanek lub żołądka.

### Sztuczne odżywianie

Pokarm podawany przez sondę pokarmową przez nos lub żołądek.

### Produkty z krwi

Krew zawiera czerwone krwinki, białe krwinki, płytki krwi, przeciwciała i białka podtrzymujące życie, np. te, które pomagają nam zatrzymać krwawienie. Termin „produkty z krwi” obejmuje wszelkie produkty pozyskane ze składnika krwi.

### Transfuzja krwi

Krew lub produkty z krwi podawane przez rurkę do naczynia krwionośnego pacjenta.

### Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (CPR)

Środki ratunkowe mające na celu podtrzymanie pracy serca (poprzez uciskanie klatki piersiowej i/lub użycie defibrylatora) oraz wspomagane oddychanie w przypadku zatrzymania pracy serca i/lub oddechu.

### Chemioterapia

Leki stosowane w leczeniu nowotworów. Chemioterapia polega na stosowaniu leków w celu zabicia lub zatrzymania rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych w organizmie.

### Dializa

Zabieg wykonywany zwykle u pacjentów z niewydolnością nerek w celu usunięcia produktów odpadowych z krwi i skorygowania zaburzeń równowagi płynów i elektrolitów.

### Choroba

Choroba lub schorzenie o specyficznych, dobrze zdefiniowanych objawach.

### Intensywna terapia

Gałąź medycyny zajmująca się zapewnieniem podtrzymania życia lub wsparcia narządowego dla osób krytycznie chorych, które wymagają intensywnej monitorowania. Znana również jako intensywna opieka medyczna.

### Intubacja i sztuczne oddychanie

Procesy medyczne stosowane, gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie oddychać. Intubacja to wprowadzenie rurki (zwykle przez usta osoby) do jej płuc. Sztuczne oddychanie to czynność polegająca na przepuszczaniu powietrza przez rurkę.

### Dożylnie

Słowo, które oznacza „do żyły”. Na przykład płyny dożylne to płyny, które są podawane w formie zastrzyku lub kroplówki do żył danej osoby.

### Choroba/schorzenie ograniczający życie

Choroba, schorzenie lub uraz, który prawdopodobnie doprowadzi do śmierci, ale nie ogranicza się do stadium terminalnego, kiedy śmierć jest nieuchronna.

### Leki przeciwbólowe

Każdy lek podawany w celu złagodzenia bólu. Leki przeciwbólowe mogą być podawane na różne sposoby, w tym doustnie, w zastrzykach lub poprzez plaster naklejany na skórę.

### Pacjent

Każda osoba, która potrzebuje leczenia.

### Paraliż

Utrata zdolności do używania lub kontrolowania pewnych mięśni w ciele. Paraliż jest często spowodowany uszkodzeniem nerwów.

### Sepsa

Zagrażający życiu stan, który występuje, gdy organizm uszkadza własne tkanki i narządy w odpowiedzi na infekcję. Sepsa może prowadzić do wstrząsu septycznego, niewydolności narządów, a nawet śmierci, jeśli nie jest wcześniej zdiagnozowana i leczona.

### Udar

Nagła utrata funkcji mózgu spowodowana zatorom lub pęknięciem naczynia krwionośnego do mózgu, charakteryzująca się utratą kontroli nad mięśniami, zmniejszeniem lub utratą czucia lub świadomości, zawrotami głowy, niewyraźną mową lub innymi objawami, które różnią się w zależności od zakresu i ciężkości uszkodzenia mózgu.

## Przykład wypełnionego testamentu życia

Na kolejnych stronach przedstawiono przykład wypełnionego testamentu życia. Możesz skorzystać z niego, aby pomóc sobie w przygotowaniu i sporządzeniu własnego testamentu życia.

Pamiętaj, że jego wypełnienie zajmie trochę czasu. Nie musisz go wypełniać w jednym podejściu. Możesz go uzupełnić w częściach.

## Wkładki dołączone do niniejszego przewodnika

Testament życia jest również dołączony do niniejszego przewodnika w formie formularza.

Przewidziano również dodatkowe strony do wykorzystania, jeśli:

- potrzebujesz dodatkowego miejsca na wypełnienie Części 4.2 – Inne decyzje dotyczące leczenia
- skorzystałeś z usług tłumacza, aby sporządzić swój testament życia
- używasz do podpisania swojego testamentu życia jakiegokolwiek znaku innego niż podpis.

Dokumenty te są również dostępne na stronie [healthy.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://healthy.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives).



# Advance Health Directive

**This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.**

**To make an Advance Health Directive, you **must** be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

**Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.**

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

## Advance Health Directive

### Part 1: My personal details

#### You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		



## Part 2: My health

### 2.1 My major health conditions

**Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).**

**Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.**

Please list any major health conditions below:

*I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.*

*I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.*

*I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.*

### 2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

**Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.**

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

**Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.**

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

*I like to know as much as I can about all my health conditions.*

*It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.*

### Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

**Cross out any parts that you do not want to complete.**

#### 3.1 These things are important to me

**Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.**

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

**Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.**

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

*My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.*

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

## Part 3: My values and preferences

### 3.2 These are things that worry me when I think about my future health

**Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.**

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

**Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.**

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

*I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.*

*I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.*

### 3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

**Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.**

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

**Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.**

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

*I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.*

## Part 3: My values and preferences

### 3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

*I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.*

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)



**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

**Cross out any parts if you do not want to complete them.**

**Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions**

**Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.**

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

**Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

**Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.**

**Option 1**  **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

**Option 2**  **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

**Option 3**  **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

**Option 4**  **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

**Option 5**  **I cannot decide at this time.**

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions** *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.  
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
<b>CPR</b> Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<b>Assisted ventilation</b> A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
<b>Artificial hydration</b> Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<b>Artificial nutrition</b> A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions** *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<b>Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:</b>				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			



**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.2 Other treatment decisions**

**Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.**

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

**Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached \_\_\_\_\_ (specify number of pages) additional pages.

## Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



### 4.3 Medical research

**Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.**

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

**Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.3 Medical research *continued***

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.3 Medical research *continued***

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions** 

**4.3 Medical research** *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Part 5: People who helped me complete this form

### 5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

**Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.**

Tick the option that applies to you:

<b>Option 1</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
<b>Option 2</b>	<input type="checkbox"/>	English is <b>not</b> my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
<b>Option 3</b>	<input type="checkbox"/>	English is <b>not</b> my first language – I did <b>not</b> engage a translator when making this Advance Health Directive.

## Part 5: People who helped me complete this form

### 5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

**Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.**

Tick the option that applies to you:

<b>Option 1</b>	<input type="checkbox"/>	I have <b>not</b> made an Enduring Power of Guardianship.
<b>Option 2</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	I <b>have</b> made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

	<input type="text" value="10th"/>	(day)
of:	<input type="text" value="March"/>	(month)
	<input type="text" value="2015"/>	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

<input type="text" value="The top drawer of my office drawers with my birth certificate."/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**I appointed the following person/s as my enduring guardian:**

Name:  Phone:

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name:  Phone:

**Substitute enduring guardian/s (if any):**

Name:  Phone:

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name:  Phone:

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did <b>not</b> obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I <b>did</b> obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	Dr Alan Ng
Phone:	9000 0000
Practice:	Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did <b>not</b> obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I <b>did</b> obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	




**Part 6: Signature and witnessing**

**You must complete this section**

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

**You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.**

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

**Or**

Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)

In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:



Authorised witness's full name:

Georgina Tulloch

Address:

16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007

Occupation of authorised witness:

Teacher

Date: (dd/mm/year)

04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:



Witness's full name:

Robert Williams

Address:

45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014

Date: (dd/mm/year)

04/08/2022





Niniejszy dokument może być udostępniony w alternatywnych formatach na wniosek osoby niepełnosprawnej (kontakt 9222 2300 lub [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)).

© Department of Health 2022

O ile nie zaznaczono inaczej, prawa autorskie do niniejszego materiału przysługują stanowi Australia Zachodnia. Poza uczciwym wykorzystaniem do celów prywatnych studiów, badań, krytyki lub recenzji, na co zezwalają przepisy *Ustawy o prawie autorskim z 1968 r.*, żadna część nie może być powielana ani ponownie wykorzystywana do jakichkolwiek celów bez pisemnej zgody stanu Australia Zachodnia.