

PET
ŽELJA[®]
FIVE
WISHES[®]

MOJE ŽELJE:

Osoba za koju želim da donosi odluke o mojoj skrbi
kad ih ja ne mogu donositi

Vrste medicinskog tretmana kojeg želim ili ne želim

Koliko želim da mi je udobno

Kako želim da ljudi sa mnom postupaju

Što želim da moji voljeni znaju

Vaše ime štampanim slovima

print your name

Datum rođenja

birthdate

Pet želja

Postoji mnogo stvari u životu nad kojima nemamo kontrole. Ova brošura Pet želja vam omogućuje da kontrolirate nešto vrlo važno – kako se s vama postupa ako postanete ozbiljno bolesni. Ona je obrazac kojeg je lako popuniti i koji vam daje mogućnost da izrazite točno ono što želite. Popunjen i propisno potpisan, ovaj obrazac je valjan prema zakonima većine država.

Što je to Pet želja?

Pet želja je prva biološka oporuka (living will) koja govori o vašim osobnim, emocionalnim i spiritualnim potrebama, kao i o vašim medicinskim željama. Ona vam omogućuje da odaberete osobu za koju želite da odlučuje o vašoj zdravstvenoj skrbi ako vi ne možete sami odlučivati. Pet želja vam omogućuje da kažete točno kako želite da se s vama

postupa ako ozbiljno obolite. Napisana je uz pomoć Povjerenstva za zakon i starenje pri Američkom udruženju pravnika, te vodećih nacionalnih stručnjaka za skrb pri kraju života. Također se lako koristi. Sve što trebate napraviti je označiti kućicu, zaokružiti uputu ili napisati nekoliko rečenica.

Kako Pet želja može pomoći vama i vašoj obitelji

- Omogućuje vam da razgovarate s vašom obitelji, prijateljima i liječnikom o tome kako želite da se s vama postupa ako ozbiljno obolite.
- Vaši članovi obitelji neće morati pogađati što želite. To ih zaštićuje ako ozbiljno obolite jer neće trebati donositi teške odluke ne znajući vaše želje.
- Pomoću biološke oporuke Pet želja (living will) možete znati što vaša majka, o tac, suprug ili supruga, prijatelj ili prijateljica žele. Bit ćete kraj njih kad vas najviše trebaju. Razumjeti ćete što oni stvarno žele.

Kako je Pet želja započelo

Tijekom 12 godina, čovjek koji se zove Jim Towey radio je blisko s Majkom Terezom i godinu dana je živio u hospiciju kojeg je ona vodila u Washingtonu, u Kolumbijskom distriktu. Nadahnut tim neposrednim iskustvom, g. Towey je tražio način na koji bi bolesnici i njihove obitelji mogli

unaprijed planirati i nositi se s ozbiljnom bolesti. Kao rezultat toga, nastao je Pet želja, a odaziv je bio silan. Bio je prikazan na CNN-u, NBC-ovom Today Show-u i u časopisima Time i Money. Novine su zvale Pet želja prvom “biološkom oporukom (living will) sa srcem.”

Tko treba koristiti Pet želja

Pet želja je za sve osobe koje imaju 18 godina ili više – oženjene, neoženjene, roditelje, odraslu djecu i prijatelje. Više od osam milijuna Amerikanaca različitih dobi već ga

je koristilo. Budući da se pokazao dobar, ovaj dokument dijele odvjetnici, liječnici, bolnice i hospiciji, vjerske zajednice, poslodavci i grupe umirovljenika.

Države sa Pet želja

Ako živite u **Kolumbijskom distriktu** ili jednoj od **40** dolje navedenih **država**, možete koristiti Pet želja i biti mirni znajući da bitno zadovoljava zakonske uvjete u vašoj državi:

Aljaska	Idaho	Missouri	Rhode Island
Arizona	Illinois	Montana	Južna Karolina
Arkansas	Iowa	Nebraska	Južna Dakota
Kalifornija	Louisiana	New Jersey	Tennessee
Kolorado	Maine	Novi Meksiko	Vermont
Connecticut	Maryland	New York	Virginia
Delaware	Massachusetts	Sjeverna Karolina	Washington
Florida	Michigan	Sjeverna Dakota	Zapadna Virginia
Georgia	Minnesota	Oklahoma	Wisconsin
Havaji	Mississippi	Pennsylvania	Wyoming

Ako vaša država nije jedna od 40 ovdje navedenih, Pet želja ne zadovoljava tehničke uvjete prema zakonima vaše države. Zato neki liječnici u vašoj državi mogu oklijevati da priznaju Pet želja. Međutim, mnogi ljudi iz država koje nisu na ovom spisku popunjavaju Pet želja skupa s pravnim obrascem koji je priznat u njihovoj državi. Oni nalaze da im Pet želja pomaže izraziti ono što žele i da su koristan vodič za članove obitelji, prijatelje, davatelje skrbi i liječnike. Većina liječnika i zdravstvenih stručnjaka znaju da trebaju slušati vaše želje bez obzira kako ih izrazite.

Kako mogu promijeniti Pet želja?

Možda već imate biološku oporuku (living will) ili trajnu punomoć za zdravstvenu skrb. Ako umjesto toga želite koristiti Pet želja, sve što trebate uraditi je da popunite i potpišete novih Pet želja prema uputama. Čim to potpišete, poništavate sve prethodne upute koje ste prije imali. Da biste bili sigurni da koristite pravi obrazac, molimo da uradite slijedeće:

- Uništite sve kopije vaše stare biološke oporuke (living will) ili trajne punomoći za zdravstvenu skrb. Ili, možete velikim slovima napisati “revoked” (opozvano) preko kopije koju imate. Recite vašem odvjetniku da ste to uradili ako vam je on ili ona pomogao-la pripremiti te stare obrasce. /
- Recite vašem agentu za zdravstvenu skrb (Health Care Agent), članovima obitelji i liječniku da ste ispunili novih Pet želja. Postarajte se da oni saznaju za vaše nove želje.

Želja 1 — WISH 1

Osoba za koju želim da donosi odluke o mojoj skrbi kad ih ja ne mogu donositi.

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

Ako više ne mogu donositi vlastite odluke o zdravstvenoj skrbi, ovaj obrazac imenuje osobu koju biram da odlučuje u moje ime. Ta osoba će biti moj agent za zdravstvenu skrb (Health Care Agent) (ili drugi izraz koji se koristi u mojoj državi, poput opunomoćenik, predstavnik ili zamjenik). Ta osoba će odlučivati o mojoj zdravstvenoj skrbi ako se dogode obadvije navedene stvari:

- moj dežurni liječnik ili liječnik koji me liječi utvrdi da više ne mogu donositi odluke o zdravstvenoj skrbi, I
- drugi stručnjak zdravstvene skrbi se složi da je to točno.

Ako u mojoj državi postoji drugi način određivanja toga da nisam u stanju donositi odluke o zdravstvenoj skrbi, tada se mora slijediti način moje države.

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

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

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

Biranje prave osobe kao vašeg agenta za zdravstvenu skrb

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Odaberite nekoga tko vas dobro pozna, mari za vas i može donositi teške odluke. Suprug-a ili član porodice možda neće biti najbolji izbor jer su previše emocionalno povezani. Ponekad oni jesu najbolji izbor. Vi to najbolje znate. Odaberite nekoga tko se može zauzeti za vas, tako da bi se slijedile vaše želje. Također, odaberite nekoga tko će vjerojatno biti blizu tako da vam može pomoći kad vam treba. Izaberete li supruga-u, člana obitelji ili prijatelja za vašeg agenta za zdravstvenu skrb, obavezno obavite razgovor o vašim željama i budite sigurni da se ta osoba slaže da će poštivati i slijediti vaše želje. Vaš agent za zdravstvenu skrb mora imati najmanje **18 godina ili više** (u Coloradu, 21 godinu ili više) i **ne** smije biti:

- vaš davatelj zdravstvene skrbi, uključujući vlasnika ili posjednika zdravstvene ili stambene ustanove, ili ustanove za skrb u zajednici koja vam pruža usluge.
- namještenik ili supružnik namještenika vašeg pružatelja zdravstvene skrbi.
- kao agent ili opunomoćenik zastupa 10 ili više osoba, osim ukoliko nije vaš suprug ili supruga, ili bliski rođak.

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

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

Osoba koju biram da bude moj agent za zdravstvenu skrb je: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Ime prve odabrane osobe *First Choice Name*

Telefon *Phone*

Adresa *Address*

Grad/država/poštanski broj *City/State/Zip*

U slučaju da ova osoba ne može ili ne želi da donosi te odluke u moje ime, *ILI* je razvedena od mene ili živi rastavljen od mene po zakonu, *ILI* je preminula, biram slijedeće osobe:

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

Ime druge odabrane osobe *Second Choice Name*

Third Choice Name *Third Choice Name*

Adresa *Address*

Adresa *Address*

Grad/država/poštanski broj *City/State/Zip*

Grad/država/poštanski broj *City/State/Zip*

Telefon *Phone*

Telefon *Phone*

Ako se predomislim glede agenta za zdravstvenu skrb, ja ću

- uništiti sve kopije ovog dijela obrasca Pet želja. *ILI*
- reći nekome, poput mog liječnika ili obitelji, da želim opozvati ili promijeniti mog agenta za zdravstvenu skrb. *ILI*
- napisati riječ "Revoked" (opozvano) velikim slovima preko ime svakog agenta čije ovlaštenje želim opozvati. Potpisati se na toj stranici.

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

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

Razumijem da moj agent za zdravstvenu skrb može donositi odluke o zdravstvenoj skrbi za mene. Želim da moj agent može učiniti slijedeće: (Molimo da prekrižite sve što ne želite da vaš agent učini, a što je dolje navedeno.)

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

- Birati za mene zdravstvenu skrb ili usluge, poput ispitivanja, lijekova ili operacija. Ta skrb ili usluga može biti da bi se pronašao moj zdravstveni problem ili kako bi ga trebalo liječiti. To također može uključiti njegu da bi me se održalo u životu. Ako je liječenje ili njega već počelo, moj agent za zdravstvenu skrb može odlučiti da se nastavi ili zaustavi.
- Tumačiti sve upute koje sam dao/dala u ovom obrascu ili u drugim diskusijama, prema shvaćanju mojih želja i vrijednosti od strane mojeg agenta zdravstvene skrbi.

- Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.

- Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.

- Pristanak da me prime u ustanovu u kojoj se pruža pripomoć u svakodnevnom životu, bolnicu, hospicij ili starački dom. Moj agent zdravstvene njege može unajmiti bilo koju vrstu uposlenika zdravstvene skrbi za kojeg se ukaže potreba da mi pomogne ili da se stara o meni. Moj agent također može otpustiti radnika zdravstvene skrbi, ukoliko je to potrebno.

- Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.

- Donijeti odluku da zatraži, prekine ili ne dozvoli uvođenje medicinskih tretmana, uključujući hranu i vodu davanu na umjetan način i sve druge tretmane da bi me se održalo u životu.

- Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.

- Vidjeti i odobriti davanje mojih zdravstvenih kartona i osobne dokumentacije drugima. Ako se trebam potpisati da bih dobio-la ikoji od tih dokumenata, moj agent za zdravstvenu skrb može se potpisati u moje ime.

- See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.

- Preseliti me u drugu državu da bih dobio-la skrb koju trebam ili da bi se ispunile moje želje.

- Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.

- Odobriti ili odbiti da odobri ikoji lijek ili postupak potreban da smanji bol.

- Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.

- Poduzeti ikoju pravnu radnju potrebnu da se ispune moje želje.

- Take any legal action needed to carry out my wishes.

- Pokloniti moje uporabljive organe ili tkivo, kao što je dozvoljeno zakonom.

- Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.

- Podnesti molbu za Medicare, Medicaid ili druge programe ili beneficije osiguranja za mene. Moj agent za zdravstvenu skrb može pogledati moju osobnu dokumentaciju, poput bankovnih podataka, da bi utvrdio što je potrebno da se popune ti obrasci.

- Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.

- Niže su navedene sve promjene, dodaci ili ograničenja ovlasti mojeg agenta za zdravstvenu skrb.

- Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.

ŽELJA 2 — WISH 2

Moja želja o vrsti medicinskog tretmana kojeg želim ili ne želim. My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

Vjerujem da je moj život dragocjen i da zaslužujem da se sa mnom postupa s dostojanstvom. Kad dođe vrijeme da sam vrlo bolestan/bolesna i ne mogu govoriti u svoje ime, hoću da se slijedeće želje, kao i sve druge upute koje sam dao/dala mojem agentu zdravstvene skrbi, poštvaju i slijede.

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

Što trebate držati na umu kao moj davatelj skrbi

- Ne želim biti u bolovima. Želim da mi moj liječnik da dovoljno lijeka da mi smanji bol, čak ako to znači da ću biti pospan-a ili spavati više nego obično.
- Ne želim da se išta napravi ili propusti od strane mojih liječnika ili medicinskih sestara u namjeri da mi se okonča život.
- Želim da mi se ponudi hrana i tekućine na usta i da me se drži čistim/čistom i toplim/toplom.

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

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

U hitnom slučaju In Case Of An Emergency

U hitnom slučaju kada vam u pomoć stigne osoblje hitne pomoći, ono može tražiti da vidi imate li obrazac ili narukvicu **Nemojte oživljavati**. Mnoge države zahtijevaju da liječnik ispuni i potpiše obrazac **Nemojte oživljavati**. Taj obrazac daje osoblju hitne pomoći na znanje da ne želite da koriste tretman za održavanje u životu kad umirete. Molimo da provjerite s vašim liječnikom trebate li popuniti obrazac **Nemojte oživljavati**.

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

Što meni znači “tretman za održavanje u životu” (“Life-Support Treatment”)

Tretman za održavanje u životu su za mene svi medicinski postupci, uređaji ili lijekovi da bi me se održalo u životu. Tretman za održavanje u životu uključuje: medicinske uređaje koje se stavljaju u mene da mi pomognu disati; hranu i vodu koje se daju putem medicinskog uređaja (hrana cijevčicom); kardiopulmonalno oživljavanje (CPR); veća operacija; transfuzije krvi; dijaliza; antibiotici; i bilo što drugo sa svrhom da me održi u životu. Ako želim ograničiti značenje tretmana za održavanje u životu zbog mojih vjerskih ili osobnih vjerovanja, to ograničenje pišem dolje. To radim da bih pojasnio/pojasnila što želim i pod kojim uvjetima.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

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

Ovo je vrsta medicinskog tretmana kojeg želim ili ne želim u dolje navedene četiri situacije. Ja hoću da moj agent za zdravstvenu skrb, moja obitelj, moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene njege, moji prijatelji i svi drugi znaju ove upute.

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

Blizu smrti:

Ako i moj liječnik i drugi stručnjak zdravstvene skrbi odluče da je vjerojatno da ću umrijeti u kratkom vremenskom periodu, te da bi tretman za održavanje u životu samo produžio trenutak moje smrti (odaberite *jedno* od slijedećeg):

- Želim tretman za održavanje u životu.**

I want to have life-support treatment.

- Ne želim tretman za održavanje u životu. Ako je započet, želim da se prekine.**

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

- Želim tretman za održavanje u životu ako moj liječnik vjeruje da bi to pomoglo. Ali želim da mi moj liječnik prestane davati tretman za održavanje u životu ukoliko to ne pomaže mom zdravstvenom stanju ili simptomima.**

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

Close to death:

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

U komi iz koje se ne očekuje da ću se probuditi ili oporaviti:

Ako imoj liječnik i drugi stručnjak zdravstvene skrbi zaključe da sam u komi iz koje se ne očekuje da ću se probuditi ili oporaviti, te i imam oštećenje mozga pa bi tretman za održavanje u životu samo odgodio trenutak moje smrti (odaberite *jedno* od slijedećeg):

- Želim tretman za održavanje u životu.**

I want to have life-support treatment.

- Ne želim tretman za održavanje u životu. Ako je započeo, želim da se zaustavi.**

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

- Želim tretman za održavanje u životu ako moj liječnik vjeruje da bi pomogao. Ali, želim da mi moj liječnik prestane davati tretman za održavanje u životu ako ne pomaže mom zdravstvenom stanju ili simptom.**

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

Trajno i ozbiljno oštećenja mozga i ne očekuje se da ću se oporaviti:

Ako i moj liječnik i drugi stručnjak zdravstvene njege odluče da imam trajno i ozbiljno oštećenje mozga, (primjerice, mogu otvoriti oči, ali ne mogu govoriti niti razumjeti) i ne očekuje se da će mi biti bolje, a tretman za održavanje u životu bi samo odgodio trenutak moje smrti (odaberite *jedno* od slijedećeg):

- Želim tretman za održavanje u životu.**

I want to have life-support treatment.

- Ne želim tretman za održavanje u životu. Ako je započeo, želim da se prekine.**

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

- Želim tretman za održavanje u životu ukoliko moj liječnik vjeruje da bi pomogao. Ali, želim da mi moj liječnik prestane davati tretman za održavanje u životu ako to ne pomaže mom zdravstvenom stanju ili simptomima.**

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

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

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

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

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

Drugo stanje pri kojem ne želite da vas se održava u životu:

Ako postoji drugo stanje pri kojem ne želim tretman za održavanje u životu, opisujem ga niže. U tom stanju, vjerujem da su troškovi i teret tretmana za održavanje u životu preveliki i njihove koristi mi nisu dovoljno vrijedne. Zato, pri tom stanju ne želim tretman za održavanje u životu. (Primjerice, možete napisati “stanje u zadnjem stadiju”. To znači da se vaše zdravlje pogoršalo. Niste se u stanju brinuti za sebe ni na koji način, mentalno ili fizički. Tretman za održavanje u životu vam neće pomoći da se oporavite. Molimo da ostavite to mjesto prazno ako nemate nijedno drugo stanje koje želite opisati.)

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

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

*S*lijedeće tri želje tiču se mojih osobnih, spiritualnih i emocionalnih želja. One su mi važne. Pri kraju mog života želim da se sa mnom postupa sa dostojanstvom pa želim da se rade stvari opisane u Željama 3, 4, i 5 kad ih je moguće uraditi. Razumijem da postoji mogućnost da moja obitelj, moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi, moji prijatelji i drugi ne mogu ostvariti te stvari, ili da od njih zakon ne zahtijeva da ih ostvare. Ne očekujem da slijedeće želje postave nove ili dodatne zakonodavne obaveze na moje liječnike ili druge pružatelje zdravstvene skrbi. Ja također ne očekujem da te želje daju izliku mojem liječniku ili drugim pružateljima zdravstvene skrbi da mi ne pruže odgovarajuću skrb koja je obavezna po zakonu.

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

ŽELJA 3 — WISH 3

Moja želja za stupnjem osobne udobnosti. My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Molimo da prekrižite sve s čim se ne slažete.)

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

- Ne želim biti u bolovima. Želim da mi moj liječnik da dovoljno lijekova kako bi mi olakšao bolove, čak i ako to znači da ću biti pospan-a ili spavati više nego obično.

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.

- Ako pokazujem znakove depresije, mučnine, teškog disanja ili halucinacije, želim da moji pružatelji skrbi urade sve što mogu da mi pomognu.

- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my caregivers to do whatever they can to help me.

- Želim da mi se stavi hladna vlažna tkanina na glavu ako imam vrućinu.

- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.

- Želim da mi se usne i usta održavaju vlažnima da bi prestale biti suhe.

- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.

- Želim da me se često kupa u toploj vodi. Želim da me se drži svježim i čistim u svako doba.

- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.

- Želim da me se masira s toplim uljima toliko često koliko je moguće.

- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.

- Želim da mi svira moja omiljela muzika do trenutka smrti, kad je to moguće.

- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.

- Želim osobnu njegu poput brijanja, rezanja noktiju, češljanja kose i pranja zubiju, dok god mi to ne uzrokuje bol ili nelagodu.

- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.

- Želim da mi se glasno čitaju religiozna lektira i pjesme koje volim kad sam blizu smrti.

- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.

- Želim znati kakve su mogućnosti da se u hospiciju meni i mojim voljenima pruži zdravstvena, emocionalna i duhovna skrb.

- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

ŽELJA 4 — WISH

Moja želja o tome kako želim ljudi sa mnom postupaju. My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Molimo da prekrizite sve sa čim se ne slažete).

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

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da su ljudi kraj mene kad je to moguće. Želim da netko bude sa mnom kad izgleda da se smrt može dogoditi svaki čas. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da me netko drži za ruku i govori mi kad je to moguće, čak iako izgleda da ne reagiram na glas ili dodir drugih. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da se drugi mole pokraj mene kad je to moguće. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da se članovima moje vjervne zajednice kaže da sam bolestan/bolesna i da se od njih traži da se mole za mene i posjete me. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da se o meni brinu s ljubaznošću i veseljem, a ne s tugom. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da imam slike mojih dragih u mojoj sobi, blizu mog kreveta. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ako ne mogu kontrolirati funkcije crijeva i mjehura, želim da se moja odjeća i posteljina drže čistima i da se promijene čim prije moguće ako se uprljaju. | <ul style="list-style-type: none">• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim umrijeti kod kuće, ako je to moguće. | <ul style="list-style-type: none">• I want to die in my home, if that can be done. |

ŽELJA 5 — WISH

Moja želja za ono što želim da moji voljeni znaju. My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Molimo da prekrizite sve sa čim se ne slažete).

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

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da moja obitelj i prijatelji znaju da ih volim. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family and friends know that I love them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da mi se oprostí za trenutke kad sam povrijedio/povrijedila moju obitelj, prijatelje i druge. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da moja obitelj, prijatelji i drugi znaju da im opraštam što su me možda uvrijedili u životu. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da moja obitelj i prijatelji znaju da se ne bojim smrti kao takve. Ja mislim da to nije kraj, nego novi početak za mene. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da se svi moji članovi obitelji međusobno pomire prije moje smrti, ukoliko to mogu. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da moja obitelj i prijatelji misle o tome kakav/kakva sam bio/bila prije nego sam postao/postala ozbiljno bolestan/bolesna. Želim da me se sjećaju na takav način nakon moje smrti. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da moja obitelj i prijatelji i pružatelji skrbi poštuju moje želje čak i ako se ne slažu s njima. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Želim da moja obitelj i prijatelji gledaju na moje umiranje kao dob osobnog razvoja za sve, uključujući mene. To će mi pomoći da živim život koji ima značaja u mojim posljednjim danima. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days. |

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Želim da moja obitelj i prijatelji idu na savjetovanje ako im moja smrt pričinjava probleme. Želim da im sjećanje na moj život pričinjava sreću, a ne bol. | <ul style="list-style-type: none"> • I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nakon moje smrti, želim da mi tijelo bude (zaokružite jedno):
zakopano ili kremirano. | <ul style="list-style-type: none"> • After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Moje tijelo ili posmrtni ostaci trebaju se staviti na sljedeće mjesto
_____. | <ul style="list-style-type: none"> • My body or remains should be put in the following location
_____. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sljedeća osoba zna moje želje o pogrebu:
_____. | <ul style="list-style-type: none"> • The following person knows my funeral wishes:
_____. |

Ako itko pita kako želim da me se sjećaju, molim vas recite sljedeće o meni:

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

Ako će se za mene održati komemoracija ili zadušnica, želim da uključuje sljedeće (navedite muziku, pjesme, štiva ili druge specifične zahtjeve koje imate):

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

(Koristite mjesto dolje za sve druge želje. Primjerice, možda bi ste htjeli darovati neke ili sve dijelove svoga tijela nakon smrti. Molimo priložite posebni komad papira ako vam treba više mjesta.)

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

Potpisivanje obrasca Pet želja

Molimo provjerite da ste potpisali vaš obrazac Pet želja u prisutnosti dva svjedoka.

Ja, _____, tražim da moja porodica, moji liječnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi, moji prijatelji i svi drugi slijede moje želje kao što im je predočio moj agent za zdravstvenu skrb (ako ga imam i ako je on/ona dostupan), ili kao što je drugačije izraženo u ovom obrascu. Ovaj obrazac postaje važeći kad nisam u stanju donositi odluke ili govoriti u svoje ime. Ako se ikoji dio ovog obrasca ne može pravno slijediti, ja tražim da se svi drugi dijelovi ovog obrasca slijede. Ja također poništavam sve upute za zdravstvenu njegu koje sam ranije napravio/napravila.

Potpis *Signature:* _____

Adresa *Address:* _____

Telefon *Phone:* _____ Datum *Date:* _____

Izjava svjedoka •

(potrebna su 2 svjedoka):

Ja, svjedok, izjavljujem da osobno poznajem osobu koja je potpisala ili priznala ovaj obrazac (u daljnjem tekstu “osoba”), te da je on/ona potpisala ili priznala ovaj/ove [obrazac/obrasce vezane za Agenta za zdravstvenu skrb i/ili Biološku oporuku (living will)] u mojem prisustvu, i da izgleda da on/ona ima zdrav razum i nije pod prinudom, prijevaram ili protuzakonitim utjecajem

Također izjavljujem da sam stariji/starija od 18 godina i da NISAM:

- pojedinac imenovan kao (agent/opunomoćenik/zamjenik/zagovornik pacijenta/predstavnik) ovog dokumenta ili njegov/njen nasljednik/nasljednica,
- pružatelj zdravstvene skrbi ovoj osobi, uključujući vlasnika ili posjednika zdravstvene ustanove, ustanove za dugoročnu skrb ili druge ustanove za skrb u zajednici koja pruža usluge ovoj osobi,
- namještenik davatelja zdravstvene skrbi ovoj osobi,
- financijski odgovoran/odgovorna za zdravstvenu skrb ove osobe,
- namještenik davatelja životnog ili zdravstvenog osiguranja ovoj osobi,
- srodan/srodna s ovom osobom putem krvi, braka ili posvojenja i,
- po mojem najboljem saznanju, kreditor te osobe ili da imam pravo na ikoji dio njegovog/njenog vlasništva prema oporuci ili kodicilu, po zakonu.

(Neke države imaju manje pravila o tome tko može biti svjedok. Ako ne znate pravila u vašoj državi, molimo da slijedite gore navedeno.)

Signing The Five Wishes Form

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

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

Witness Statement •

(2 witnesses needed):

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

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

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

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

Potpis svjedoka br #1 *Signature of Witness #1*

Potpis svjedoka br #2 *Signature of Witness #2*

Ime svjedoka štampanim slovima *Printed Name of Witness*

Ime svjedoka štampanim slovima *Printed Name of Witness*

Adresa *Address*

Adresa *Address*

Telefon *Phone*

Telefon *Phone*

Ovjera • Notarization •

Potrebno samo za stanovnike država Missouri, Sjeverne Karoline, Južne Karoline i Zapadne Virginie
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- *Ako živite u Missouriju, samo vaš potpis treba biti ovjeren.*
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *Ako živite u Sjevernoj Karolini, Južnoj Karolini ili Zapadnoj Virginiji, vaš potpis i potpisi vaših svjedoka moraju biti ovjereni.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

STATE OF _____

COUNTY OF _____

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

My Commission Expires:

Notary Public

**Stanovnici WISCONSINA moraju uz Pet želja priložiti i obavjesnu izjavu države WISCONSIN.
Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

Dodatne informacije i obavjesna izjava dostupni su na www.agingwithdignity.org.
More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

Stanovnici ustanova u KALIFORNIJI, CONNECTICUTU, DELAWARU, GEORGIJI, NEW YORKU, SJEVERNOJ DAKOTI, JUŽNOJ KAROLINI I VERMONTU moraju se pridržavati specijalnih pravila o svjedočenju.

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

Ako živite u određenim ustanovama (staračkom domu, drugoj ovlaštenoj ustanovi za dugoročnu njegu, domu za mentalno zaostale ili razvojno onespobljene, ili instituciji za mentalno zdravlje) u jednoj od gore navedenih država, moguće je da trebate slijediti specijalne “uvjete za svjedočenje” da bi vaših Pet želja bile valjane. Za daljnje informacije, molimo da se obratite vašem socijalnom radniku ili zagovoorniku pacijenata u vašoj ustanovi.

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

Što trebate uraditi nakon Pet želja

- Obavezno potpišite i osvjedočite obrazac točno kako je napisano u uputama. Onda će vaših Pet želja biti zakonite i valjane.
- Razgovarajte o vašim željama s vašim agentom za zdravstvenu skrb, članovima obitelji i drugima kojima je stalo do vas. Dajte im kopije vaših završenih Pet želja.
- Original kojeg ste potpisali držite na specijalnom mjestu u vašoj kući. NEMOJTE ga staviti u sef. Držite ga blizu tako da ga netko može naći kad Vam zatreba.
- Ispunite donju karticu koja može stati u lisnicu. Nosite ju sa sobom. Tako će ljudi znati gdje držite vaših Pet želja.
- Ja sam slijedećim osobama dao/dala kopije mogjeg obrasca Pet želja:
- Razgovarajte s vašim liječnikom za vrijeme slijedeće posjete ordinaciji. Dajte mu kopiju svojih Pet želja. Budite sigurni da se stavi u vaš zdravstvenu dokumentaciju. Budite sigurni da vaš liječnik razumije vaše želje i da je voljan/voljna da ih slijedi. Pitajte ga/ju da kaže drugim liječnicima koji vas liječe da ih poštvaju.
- Ako vas prime u bolnicu ili starački dom, ponesite kopiju vaših Pet želja sa sobom. Tražite da se stavi u vašu zdravstvenu dokumentaciju.
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Pet želja je namijenjeno da vam pomogne planirati za budućnost. Nije namijenjeno da vam daje pravni savjet. Ne nastoji da odgovori na sva pitanja o svemu što bi se moglo pojaviti. Svaka osoba je drugačija i svaka situacija je drugačija. Zakoni se s vremena na vrijeme mijenjaju. Ako imate specifično pitanje ili problem, tražite savjet od medicinskog ili pravnog stručnjaka.

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

Kartica Pet želja koja može stati u lisnicu.

<p>Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive.</p> <p>Važna obavijest za zdravstveno osoblje: Načinio/la sam prethodnu direktivu Pet želja:</p> <p>Signature Potpis _____</p> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:</p> <p>U hitnom slučaju, molim pogledajte ovaj dokument i/ili se konzultirajte s mojim agentom za zdravstvenu skrb. Moj agent je:</p> <p>Name Puno ime i prezime _____</p> <p>Address Adresa _____ City/State/Zip Grad/država/pošanski broj _____</p> <p>Phone Telefon _____</p>	<p>My primary care physician is:</p> <p>Moj liječnik primarne njege je:</p> <p>Name Puno ime i prezime _____</p> <p>Address Adresa _____ City/State/Zip Grad/država/pošanski broj _____</p> <p>Phone Telefon _____</p> <p>My document is located at:</p> <p>Moj dokument se nalazi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Izrežite karticu, presavinite ju i laminirajte za čuvanje

Evo što ljudi kažu o Pet želja:

“Bit će godinu dana otkad je moja majka preminula. Mi smo znali što je željela jer je imala biološku oporuku (living will) Pet želja. Kad je stigao kraj, moj brat i ja nismo imali nikakvih pitanja o tome što trebamo učiniti. Bili smo mirni.”

Cheryl K.

Longwood, Florida

“Moram reći da volim vaš dokument Pet želja. Jasan je, lako razumljiv i ne zadržava se na konkretnim pitanjima zdravstvene skrbi, nego o pitanjima koja su zaista važna – ljudskoj njezi. Ja sam ga koristila za sebe i svog supruga.”

Susan W.

Flagstaff, Arizona

“Ne želim da moja djeca moraju donositi odluke koje ja moram donijeti za svoju majku. Nisam nikad znala da postoji toliko zdravstvenih opcija koje treba razmotriti. Hvala vam na tako osjećajnom i brižnom obrascu. Mogu ga jednostavno popuniti i čuvati za moju djecu.”

Diana W.

Hanover, Illinois

Pet želja je osmislila neprofitna organizacija Starenje s dostojanstvom (Aging with Dignity) u nadi da se pomogne ljudima u planiranju i dobijanju onakve skrbi kakvu žele u slučaju ozbiljne bolesti. Izrada dokumenta Pet želja je bila moguća zahvaljujući donaciji Fondacije Robert Wood Johnson.

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

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

1-888-594-7437

Prijevod dokumenta Pet želja je bio moguć zahvaljujući donaciji

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

Profesionalne prevodilačke usluge pružili

Professional translation services provided by

Language Services Associates

Pet želja je zaštitni znak za Aging with Dignity. Sva prava pridržana. Sadržaj ove publikacije je zaštićen autorskim pravom materijala za Aging with Dignity. Nijedan dio ove publikacije ne smije se kopirati niti prenesti ni u kojem obliku ni na koji način, elektronički ili mehanički, uključujući fotokopiranje, snimanje ili ikoji sustav za pohranjivanje i traženje informacija, bez pismene dozvole od strane Aging with Dignity. Iako je sadržaj ovog dokumenta zaštićen autorskim pravom, smijete ga fotokopirati da biste mogli dati kopiju popunjenog obrasca Pet želja vašem liječniku, agentu za zdravstvenu skrb, članovima obitelji ili drugim voljenim osobama. Za sve reprodukcije ili uporabe Pet želja potrebna je dozvola od strane Aging with Dignity. Aging with Dignity se želi zahvaliti Oregon Health Decisions za doprinos nacrtu želje broj dva i Kate Callahan, Charles Sabatino i Tere Saenz za njihovu pomoć.

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

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

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