

# ПЯТЬ ЖЕЛАНИЙ<sup>®</sup> FIVE WISHES<sup>®</sup>

## МОЕ ЖЕЛАНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО:

1  
человека, который будет принимать за меня решения о медицинском  
уходе, если я не смогу это делать сам

2  
медицинского лечения, которое я хочу или не хочу получать

3  
предпочтительной для меня степени комфорта

4  
предпочтительного для меня обращения

5  
того, что бы мне хотелось сказать моим близким

Напишите свое имя и фамилию  
печатными буквами

print your name

Дата рождения

birthdate



# Пять желаний

*В жизни так много моментов, которые не поддаются нашему контролю. Буклет «Пять желаний» рассказывает о том, как контролировать нечто, имеющее огромную важность, – ваше лечение в случае серьезной болезни. С помощью этой простой в заполнении формы вы можете указать, чего именно вам бы хотелось. Заполненная и должным образом подписанная форма действительна по законам большинства штатов.*

## Что такое «Пять желаний»?

«Пять желаний» – это первое завещание о жизни, сообщающее о ваших личных, эмоциональных и духовных потребностях, а также о пожеланиях медицинского характера. С его помощью вы сможете выбрать человека, который будет принимать от вашего имени решения о медицинском обслуживании, если вы не сможете делать это самостоятельно. Форма «Пять желаний» позволяет точно указать, какое лечение вы

хотели бы получить в случае серьезной болезни. Она была составлена с помощью Комиссии Американской ассоциации адвокатов по правовой защите пожилых граждан, а также при участии ведущих экспертов страны по уходу в конце жизни. Форма проста в использовании. Все, что вам нужно будет сделать, – это отметить ячейку, обвести указание или написать несколько предложений.

## Как «Пять желаний» могут помочь Вам и Вашей семье?

- Форма позволит вам обсудить со своей семьей, друзьями и врачом то, какое лечение вы хотели бы получить в случае серьезной болезни.
- Членам вашей семьи не придется гадать, чего именно вам бы хотелось. Форма защитит их в случае вашей серьезной болезни – им не придется принимать трудные решения, не зная ничего о ваших желаниях.
- Из завещания о жизни «Пять желаний» вы узнаете, чего бы хотелось вашей матери, отцу, супругу(е) или другу. Вы сможете быть с ними рядом, когда они больше всего будут в вас нуждаться. Вы будете понимать, чего именно им бы хотелось.

## С чего начались «Пять желаний»

В течение 12 лет человек по имени Джим Тоуи (Jim Towey) вплотную работал с Матерью Терезой и в течение года жил в хосписе, которым она руководила в г. Вашингтон, округ Колумбия. Вдохновленный опытом, полученным из первых рук, г-н Тоуи искал для своих пациентов и членов их семей способ

планировать заранее и справляться с серьезными заболеваниями. Результат – «Пять желаний», и реакция на них была огромной. О них сообщали на каналах CNN, NBC в программе *Today Show*, писали на страницах журналов *Time* и *Money*. Газеты назвали «Пять желаний» первым «завещанием о жизни от сердца».

## Кому рекомендуются «Пять желаний»

«Пять желаний» подходят всем людям в возрасте 18 лет и старше – женатым и одиноким, родителям и совершеннолетним детям, друзьям. Более восьми миллионов американцев всех возрастов

уже воспользовались этой формой. Потому что документ так хорошо работает, его предлагают юристы, врачи, больницы и хосписы, религиозные общины, работодатели и группы пенсионеров.

## Штаты, где действуют «Пять желаний»

Формой «Пять желаний» можно воспользоваться и точно знать, что требования местного законодательства в основном соблюдены, если вы проживаете в **Округе Колумбия** или в одном из перечисленных ниже **40 штатов**.

Аляска	Айдахо	Миссури	Род-Айленд
Аризона	Иллинойс	Монтана	Южная Каролина
Арканзас	Айова	Небраска	Южная Дакота
Калифорния	Луизиана	Нью-Джерси	Теннесси
Колорадо	Мэн	Нью-Мексико	Вермонт
Коннектикут	Мэриленд	Нью-Йорк	Виргиния
Делавэр	Массачусетс	Северная Каролина	Вашингтон
Флорида	Мичиган	Северная Дакота	Западная Виргиния
Джорджия	Миннесота	Оклахома	Висконсин
Гавайи	Миссисипи	Пенсильвания	Вайоминг

Если ваш штат не указан среди 40 перечисленных выше штатов, «Пять желаний» не соответствуют техническим требованиям законодательных актов вашего штата. В связи с этим некоторые врачи вашего штата могут неохотно выполнять «Пять желаний». Тем не менее многие люди, проживающие в штатах, не перечисленных в списке, заполняют и «Пять желаний», и юридическую форму своего штата. Они считают, что «Пять желаний» дают им возможность выразить все свои предпочтения и служат полезным руководством членам семьи, друзьям, лицам, обеспечивающим уход, и врачам. Большинство врачей и специалистов по медицинскому обслуживанию знают, что они должны прислушиваться к вашим желаниям независимо от того, каким образом вы их выразили.

## Как перейти к «Пяти желаниям»?

Возможно, у вас уже есть завещание о жизни или долгосрочная доверенность относительно медицинской помощи. Если вместо них вы хотели бы воспользоваться «Пятью желаниями», просто заполните и подпишите новые «Пять желаний» согласно инструкциям. Как только вы подписываете форму, она заменяет собой все ваши предыдущие предварительные распоряжения. Чтобы обеспечить использование нужной формы, сделайте следующее:

- Уничтожьте все экземпляры своего предыдущего завещания о жизни или долговременной доверенности на медицинское обслуживание или напишите слово Revoked (аннулировано) большими буквами поперек имеющегося у вас экземпляра. Поставьте в известность юриста, если он помогал вам в оформлении предыдущих документов. *И*
- Сообщите своему Агенту по медицинскому уходу, членам семьи и врачу о том, что вы заполнили новые «Пять желаний». Убедитесь, что им известны ваши новые желания.

# ЖЕЛАНИЕ 1 — WISH 1

Человек, который будет принимать за меня решения о медицинском уходе, если я не смогу это делать сам.

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

*На случай, если я не смогу самостоятельно принимать решения о своем медицинском уходе, я назначаю указанного в данной форме человека принимать такие решения за меня. Этот человек будет моим Агентом по медицинскому уходу (или называться другим термином, принятым в моем штате, например доверенное лицо, представитель или заместитель). Этот человек будет принимать решения о моем медицинском уходе при соблюдении следующих двух условий:*

- *мой лечащий или обслуживающий врач считает, что я больше не могу самостоятельно принимать решения о своем медицинском уходе, И*
- *еще один медицинский работник соглашается с таким утверждением.*

*Если в моем штате предусмотрен другой порядок определения неспособности к самостоятельному принятию решений о медицинском уходе, такой порядок штата должен быть соблюден.*

## Выбор подходящего Агента по медицинскому уходу Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Выбирайте человека, который очень хорошо вас знает, заботится о вас и способен принимать трудные решения. Супруг(а) или член семьи могут оказаться не лучшим вариантом из-за слишком сильной эмоциональной заинтересованности. Но **иногда именно на них** стоит остановить свой выбор. Они знают вас лучше всех. Выберите человека, который сможет отстоять ваши желания. Кроме того, этот человек должен быть рядом, чтобы помочь вам, когда это потребуется. Если вы выбираете в качестве Агента по медицинскому уходу супруга(у), члена семьи или друга, обязательно сообщите ему свои пожелания и убедитесь в его согласии уважать и исполнять ваши решения. Агент по медицинскому уходу должен быть **не моложе 18 лет** (в Колорадо – не моложе 21 года) и **не может быть:**

- вашим поставщиком медицинских услуг, в том числе владельцем или управляющим обслуживающего вас медицинского, жилищного или общественного лечебного учреждения;
- работником или супругом (ой) работника организации, которая будет оказывать вам медицинскую помощь;
- агентом или доверенным лицом 10 и более человек, если только это не ваш супруг(а) или близкий родственник.

*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.*

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.

# Я назначаю своим Агентом по медицинскому уходу следующего человека:

## The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Имя и фамилия первого Агента *First Choice Name*

Телефон *Phone*

Адрес *Address*

Город/штат/почтовый индекс *City/State/Zip*

Если этот человек не сможет или не пожелает принимать решения от моего имени *ЛИБО* будет находиться со мной в разводе или на раздельном проживании по решению суда *ЛИБО* этот человек умрет, я назначаю следующих людей:

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:

Имя и фамилия второго Агента *Second Choice Name*

Имя и фамилия третьего Агента *Third Choice Name*

Адрес *Address*

Адрес *Address*

Город/штат/почтовый индекс *City/State/Zip*

Город/штат/почтовый индекс *City/State/Zip*

Телефон *Phone*

Телефон *Phone*

### Если я изменю свое решение об Агенте по медицинскому уходу, я

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

- Уничтожу все экземпляры этой части формы «Пять желаний». *ЛИБО*
- Сообщу кому-либо, например своему врачу или семье, о своем желании отказаться или назначить другого Агента по медицинскому уходу. *ЛИБО*
- Напишу слово Revoked (аннулировано) большими буквами поперек имени каждого агента, полномочия которого я хочу отменить. Поставлю свою подпись на этой странице.

- 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.

*Я понимаю, что мой Агент по медицинскому уходу имеет право принимать за меня решения о медицинском уходе. Я хочу, чтобы мой Агент имел право осуществлять следующие действия: (Вычеркните из нижеперечисленного все действия, которые вы не хотите доверять своему Агенту.)*

*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.)*

• Принимать за меня решения о медицинском уходе или услугах, таких как анализы, лекарственные препараты или операции. Это может быть уход или услуги, позволяющие установить проблемы с моим здоровьем или необходимое лечение. Сюда же входит обеспечение, необходимое для сохранения моей жизни. Если лечение или обеспечение уже начаты, мой Агент по медицинскому уходу имеет право распорядиться об их продолжении или прекращении.

• 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.

• Толковать все указания, данные мной в этой форме или в процессе других обсуждений, согласно тому, как мой Агент по медицинскому уходу понимает мои желания и ценности.

• 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.

• Давать согласие за меня на поступление в дом с предоставлением частичного ухода, больницу, хоспис или дом инвалидов/престарелых. Мой Агент по медицинскому уходу имеет право нанимать любого рода медицинских работников, необходимых для оказания помощи или ухода за мной. Кроме того, мой Агент имеет право уволить медицинского работника при необходимости.

• 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.

• Принимать решение о запросе, отклонении или неоказании медицинского лечения, включая искусственную подачу питания и воды и другие виды лечения, необходимые для сохранения моей жизни.

• 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.

• Просматривать и утверждать выдачу информации из моих медицинских документов и личного дела. При необходимости моей подписи для получения каких-либо из этих документов мой Агент по медицинскому уходу имеет право подписываться за меня.

• 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.

• Перевозить меня в другой штат с целью предоставления мне необходимого обслуживания или исполнения моих пожеланий.

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

• Разрешать или не разрешать применение лекарственных препаратов и процедур, необходимых для обезболивания.

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

• Предпринимать любые юридические действия, необходимые для исполнения моих пожеланий.

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

• Жертвовать мои жизнеспособные органы или ткани в допустимом законом порядке.

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

• Подавать за меня заявления в программы Medicare, Medicaid или другие программы либо обращаться за страховым пособием. Мой Агент по медицинскому уходу имеет право просматривать мои документы, например банковские выписки для целей заполнения таких форм.

• 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.

• Ниже приводятся изменения, дополнения или ограничения полномочий моего Агента по медицинскому уходу.

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

---

---

---

# ЖЕЛАНИЕ 2 — WISH 2

## Мое желание о том, какое медицинское лечение я хочу или не хочу получать.

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

*Я ценю свою жизнь и заслуживаю того, чтобы со мной обращались достойно. Если случится так, что я тяжело заболею и не смогу говорить за себя, я хочу, чтобы следующие мои желания, а также все иные указания, оставленные мною Агенту по медицинскому уходу, были учтены и исполнены.*

*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.*

### Что следует помнить лицу, осуществляющему уход за мной

### What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- Я не хочу испытывать боль. Я хочу, чтобы врач давал мне достаточно лекарств для снятия боли, даже если в результате я буду испытывать вялость или спать больше, чем обычно.
- Я не хочу, чтобы врачи или медсестры допустили какое-либо действие или бездействие с намерением лишить меня жизни.
- Я хочу получать еду и питье через рот и находиться в чистоте и тепле.
- 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.

### В чрезвычайной ситуации In Case Of An Emergency

Если вам потребуется экстренная медицинская помощь и на место придут сотрудники скорой помощи, они могут проверить, есть ли у вас форма или браслет **Отказ от реанимации (Do Not Resuscitate)**. Многие штаты требуют заполнения и подписания врачом формы **Отказ от реанимации**. Эта форма сообщит сотрудникам скорой помощи о вашем нежелании применять жизнеобеспечение, если вы будете при смерти. Узнайте у своего врача, нужно ли вам заполнять форму **Отказ от реанимации**.

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.

## Что означает «жизнеобеспечение» для меня

Жизнеобеспечение обозначает любую медицинскую процедуру, устройство или лекарственный препарат, необходимые для сохранения моей жизни. Жизнеобеспечение включает: медицинские устройства, подключаемые ко мне для обеспечения дыхания; пищу и воду, подаваемые через медицинское устройство (зондовое питание); сердечно-легочную реанимацию (CPR); радикальную хирургию; переливание крови; диализ; антибиотики; и иное, необходимое для сохранения моей жизни. Если я желаю ограничить понятие жизнеобеспечения ввиду моих религиозных или личных убеждений, я вписываю это ограничение ниже. Я делаю это для того, чтобы абсолютно точно показать, чего именно я хочу и при каких условиях.

---

---

---

---

---

## 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.

*Здесь указано, какое медицинское лечение я хочу или не хочу получать в четырех перечисленных ниже ситуациях. Я хочу, чтобы об этих распоряжениях знали мой Агент по медицинскому уходу, моя семья, мои врачи и другие специалисты по медицинскому обслуживанию, мои друзья и все остальные.*

*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.*

### Предсмертное состояние:

Если мой врач и другой специалист по медицинскому обслуживанию придут к выводу о моей скорой кончине и жизнеобеспечение лишь отдалит момент смерти (выбрать *один* из следующих вариантов):

- Я хочу получать жизнеобеспечение.**  
I want to have life-support treatment.
- Я не хочу получать жизнеобеспечение. Если оно уже начато, я хочу, чтобы его прекратили.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Я хочу получить жизнеобеспечение, если мой врач считает, что оно может помочь. Но я хочу, чтобы врач прекратил жизнеобеспечение, если оно не способствует улучшению состояния моего здоровья или устранению симптомов.**  
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):

## **Состояние комы, выход из которой или возвращение к жизни не ожидается:**

Если мой врач и другой специалист по медицинскому уходу придет к выводу о том, что я в коме и выход из нее или возвращение к жизни не ожидается и что у меня повреждение мозга и жизнеобеспечение лишь отдалит момент смерти (выберите *один* из следующих вариантов):

- Я хочу получать жизнеобеспечение.**  
I want to have life-support treatment.
- Я не хочу получать жизнеобеспечение. Если оно уже начато, я хочу, чтобы его остановили.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Я хочу получать жизнеобеспечение, если мой врач считает, что оно может помочь. Но я хочу, чтобы врач прекратил жизнеобеспечение, если оно не способствует улучшению состояния моего здоровья или устранению симптомов.**  
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.

## **Необратимое или серьезное повреждение мозга без надежды на выздоровления:**

Если и мой врач, и другой медицинский работник придут к выводу о том, что у меня необратимое и серьезное повреждение мозга (например, я открываю глаза, но не могу говорить и не понимаю речь), возможности выздоровления нет, а жизнеобеспечение лишь отдалит момент смерти (выберите *один* из следующих вариантов):

- Я хочу получать жизнеобеспечение.**  
I want to have life-support treatment.
- Я не хочу получать жизнеобеспечение. Если оно уже начато, я хочу, чтобы его остановили.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Я хочу получить жизнеобеспечение, если мой врач считает, что оно может помочь. Но я хочу, чтобы врач прекратил жизнеобеспечение, если оно не способствует улучшению состояния моего здоровья или устранению симптомов.**  
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):

## Другая ситуация, при которой поддержание жизни было бы для меня нежелательным:

При наличии другой ситуации, когда поддержание жизни было бы для меня нежелательным, я хочу следующего. Я считаю, что в такой ситуации расходы и тяготы жизнеобеспечения слишком велики и не принесут мне достаточной пользы. Таким образом, в такой ситуации я не хочу получать жизнеобеспечение. (Здесь можно указать, например, «состояние терминальной стадии». Это означает, что ваше здоровье ухудшилось. Вы не можете себя обслуживать ни психически, ни физически, и жизнеобеспечение не поможет вам выздороветь. Не заполняйте это, пожалуйста, если не собираетесь описывать другие ситуации.)

---

---

---

---

---

## 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.)

*Следующие три желания связаны с личными, духовными и эмоциональными предпочтениями. Они важны для меня. Я хочу, чтобы на последнем этапе жизни со мной обращались достойно, поэтому мне бы хотелось, чтобы описанное в Желаниях 3, 4 и 5 выполнялось, если это будет возможно. Я понимаю, что моя семья, мои врачи и другие поставщики медицинских услуг, мои друзья и другие люди могут быть не в состоянии выполнить эти пожелания или их выполнение не требуется по закону. Я не думаю, что следующие желания наложат на врачей или других поставщиков медицинских услуг новые или дополнительные правовые обязанности. Я также не думаю, что эти желания освободят моего врача или других поставщиков медицинских услуг от предоставления мне надлежащего лечения, требуемого по закону.*

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

# ЖЕЛАНИЕ 3 — WISH 3

## Предпочтительная для меня степень комфорта.

### My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Вычеркните, пожалуйста, все пункты, с которыми вы не согласны.)

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

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я не хочу испытывать боль. Я хочу, чтобы врач давал мне достаточно лекарств для снятия боли, даже если в результате я буду испытывать вялость и спать больше, чем обычно.</li></ul>             | <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы в случае появления у меня симптомов депрессии, тошноты, затрудненного дыхания или галлюцинаций лица, предоставляющие мне уход, сделали все возможное, чтобы помочь мне.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.</li></ul>                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы в случае жара мне на лоб положили прохладную влажную ткань.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы мои губы и рот смачивали во избежание пересыхания.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу часто принимать теплую ванну. Я хочу, чтобы меня постоянно содержали свежим и чистым.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы мне как можно чаще делали массаж с теплыми маслами.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы по мере возможности до самой моей смерти играла моя любимая музыка.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы мне обеспечивали личную гигиену – брили, подстригали ногти, расчесывали волосы и чистили зубы – при условии, что это не будет причинять мне боль или дискомфорт.</li></ul>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы при приближении смерти мне читали религиозные тексты и любимые стихотворения.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу знать обо всех возможностях хосписов по обеспечению медицинской помощи и эмоциональной и духовной поддержки для меня и моих близких.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.</li></ul>   |

# ЖЕЛАНИЕ 4 — WISH 4

## Предпочтительное для меня обращение.

### My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Вычеркните, пожалуйста, все пункты, с которыми вы не согласны.)

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

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы, когда это возможно, со мной были люди. Я хочу, чтобы, когда смерть может наступить в любой момент, кто-нибудь был со мной.</li></ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы, когда это возможно, меня держали за руку и разговаривали со мной даже если кажется, что я не реагирую на голос или прикосновения.</li></ul>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы, когда это возможно, у моей постели были люди и молились за меня.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have others by my side praying for me when possible.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы членам моей религиозной общины сообщили о моей болезни и попросили их молиться за меня и навещать меня.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы обо мне заботились с добротой и жизнерадостностью, а не с грустью.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы в моей комнате у кровати были фотографии тех, кого я люблю.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Я хочу, чтобы в случае, если я не смогу контролировать кишечник или мочевого пузыря, моя одежда и постельное белье были чистыми и менялись сразу, как только они загрязнятся.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Если это возможно, я хотел бы умереть у себя дома.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I want to die in my home, if that can be done.</li></ul>  |

# ЖЕЛАНИЕ 5 — WISH 5

Что бы мне хотелось сказать своим любимым людям.

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

(Вычеркните, пожалуйста, все пункты, с которыми вы не согласны.)

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

- Я хочу, чтобы моя семья и друзья знали, что я их люблю.
- Я хочу, чтобы меня простили за все плохое, что я причинил своей семье, друзьям и другим людям.
- Я хочу, чтобы моя семья, друзья и другие люди знали, что я прощаю их за боль, которую они причинили мне в течение моей жизни.
- Я хочу, чтобы моя семья и друзья знали, что смерти самой по себе я не боюсь. Я считаю, что смерть для меня не конец, а новое начало.
- Я хочу, чтобы, если это возможно, все члены моей семьи помирились друг с другом до моей смерти.
- Я хочу, чтобы моя семья и друзья думали о том, каким я был до своей серьезной болезни. Я хочу, чтобы после моей смерти они помнили меня таким.
- Я хочу, чтобы моя семья, друзья и лица, осуществляющие уход, уважали мои желания, даже если они с ними не согласны.
- Я хочу, чтобы моя семья и друзья рассматривали мою смерть как время личного роста для всех, в том числе и для меня. Это поможет мне прожить мои последние дни осмысленной жизнью.
- I wish to have my family and friends know that I love them.
- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.
- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.
- 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.
- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.
- 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.
- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.
- 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.

- Я хочу, чтобы моя семья и друзья, если моя смерть вызовет у них проблемы, обратились за психологической консультацией. Я хочу, чтобы память о моей жизни вызывала у них радость, а не печаль.

- 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.

- Я хочу, чтобы после смерти мое тело (обвести один вариант): похоронили или кремировали.

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

- Мое тело или останки следует поместить в следующее место

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

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

- Следующий человек знает мои пожелания в отношении похорон:

- The following person knows my funeral wishes:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Если кто-то спросит, каким я хочу, чтобы меня запомнили, скажите обо мне следующее:

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Если в мою память будет проводиться мемориальная служба, я хочу, чтобы в нее вошло следующее (перечислите музыку, песни, чтения или другие особые пожелания):

*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):*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Если у вас есть другие желания, укажите их ниже. Возможно, вы хотите пожертвовать некоторые или все свои органы после смерти. Если выделенного места недостаточно, приложите дополнительный лист.)

*(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.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Подписание формы «Пять желаний»

*Подпишите, пожалуйста, форму «Пять желаний» обязательно в присутствии двух свидетелей.*

Я, \_\_\_\_\_, прошу мою семью, врачей и других поставщиков медицинских услуг, моих друзей и всех остальных следовать моим желаниям, переданным через моего Агента по медицинскому уходу (если у меня есть такой Агент и с ним можно связаться) или иным образом выраженным в данной форме. Данная форма вступает в силу в случае, если я не могу принимать решения или говорить за себя. Если какая-либо часть данной формы не может быть выполнена по юридическим причинам, я прошу соблюсти остальные части данной формы. Я также аннулирую все предварительные медицинские распоряжения, сделанные мною ранее.

Подпись Signature: \_\_\_\_\_

Адрес Address: \_\_\_\_\_

Телефон Phone: \_\_\_\_\_ Дата Date: \_\_\_\_\_

## Засвидетельствование (требуется 2 свидетеля):

Я, свидетель, заявляю, что человек, подписавший или подтвердивший данную форму (далее «Лицо»), известен мне лично, подписал или подтвердил настоящую [форму(ы) назначения Агента по медицинскому уходу и/или Завещания о жизни] в моем присутствии, был в здравом уме, действовал не по принуждению, не вследствие мошенничества и без ненадлежащего влияния.

Я также заявляю, что мне более 18 лет и я НЕ являюсь:

- человеком, назначенным настоящим документом в качестве (агента/доверенного/заместителя/защитника интересов больного/представителя), или его/ее правопреемником;
- лечащим врачом лица, в том числе владельцем или управляющим медицинского учреждения, учреждения долгосрочного ухода или иного учреждения по уходу на дому или в районе проживания, обслуживающего это лицо;
- работником поставщика медицинских услуг этому лицу;
- ответственным за финансирование медицинского ухода за этим лицом;
- работником страхователя жизни или здоровья этого лица;
- родственником этого лица по крови, браку или усыновлению; и,
- насколько мне известно, кредитором этого лица или человеком, имеющим в силу закона право на часть его имущества по завещанию или дополнительному распоряжению к завещанию.

*(В некоторых штатах может быть меньше правил о том, кто может выступить свидетелем. Если вам не известны правила вашего штата, соблюдайте, пожалуйста, вышеизложенное.)*

## 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.)*

Подпись свидетеля № 1 *Signature of Witness #1*

Подпись свидетеля № 2 *Signature of Witness #2*

Имя и фамилия свидетеля печатными буквами  
*Printed Name of Witness*

Имя и фамилия свидетеля печатными буквами  
*Printed Name of Witness*

Адрес *Address*

Адрес *Address*

Телефон *Phone*

Телефон *Phone*

## Нотариальное заверение • Notarization •

Требуется только для жителей штатов Миссури, Северная Каролина, Южная Каролина и Западная Виргиния.  
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- Если вы живете в штате Миссури, заверяется только ваша подпись.
- Если вы живете в штатах Северная Каролина, Южная Каролина или Западная Виргиния, требуется нотариальное заверение вашей подписи и подписей ваших свидетелей.
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF \_\_\_\_\_

COUNTY OF \_\_\_\_\_

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

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public

**Жители штата Висконсин должны приложить к форме «Пять Желаний» уведомление (notice statement) штата Висконсин.**

**Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

Более подробную информацию и уведомление можно найти на веб-сайте по адресу:  
[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

More information and the notice statement are available at [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

**Лица, проживающие в учреждениях штатов КАЛИФОРНИЯ, КОННЕКТИКУТ, ДЕЛАВЭР, Джорджия, Нью-Йорк, Северная Дакота, Южная Каролина и Вермонт, должны соблюдать особые требования к засвидетельствованию.**

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

Если вы проживаете в определенном учреждении (доме инвалидов/престарелых, другом лицензированном учреждении долгосрочного ухода, доме для умственно отсталых или имеющих инвалидность вследствие порока развития психиатрическом заведении) в одном из перечисленных выше штатов, форма «Пять желаний» будет действительна только при соблюдении специальных «требований к засвидетельствованию». Чтобы получить дальнейшую информацию, обратитесь к социальному работнику или защитнику интересов больных при вашем учреждении.

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.

## Что делать после заполнения формы «Пять желаний»

- Подпишите и засвидетельствуйте форму, как того требуют указания. После этого форма «Пять желаний» приобретает юридическую силу и действие.
- Поговорите о своих желаниях со своим Агентом по медицинскому уходу, членами семьи и другими людьми, которые о вас заботятся. Дайте им копии заполненной формы «Пять желаний».
- Держите оригинальный подписанный вами экземпляр дома в специально отведенном для этого месте. НЕ кладите его в депозитный сейф. Держите форму под рукой, чтобы ее могли найти в случае необходимости.
- Я оставил копии заполненной формы «Пять желаний» следующим людям:
- Заполните приведенную ниже карточку для бумажника. Носите ее с собой. Из нее можно будет узнать, где вы храните свою форму «Пять желаний».
- Поговорите со своим врачом во время очередного посещения. Дайте врачу копию формы «Пять желаний». Убедитесь, что форму внесли в вашу медицинскую карточку. Убедитесь, что врач понимает ваши желания и готов их выполнять. Попросите его сообщить другим лечащим вас врачам о необходимости уважать ваши желания.
- Если вас помещают в больницу или частную лечебницу, возьмите экземпляр формы «Пять желаний» с собой. Попросите, чтобы форму внесли в вашу медицинскую документацию.
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

---

---

---

---

---

---

Цель формы «Пять желаний» - помочь вам планировать будущее. Она не предназначена в качестве юридической помощи. Она не стремится ответить на все вопросы, которые у вас могут возникнуть. Все люди разные, и каждая ситуация не похожа на другие. Законы меняются. Если у вас возникнет конкретный вопрос или проблема, обратитесь за консультацией к медицинскому работнику или юристу.

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.

### Карточка «Пять желаний» для бумажника



<p><b>Important Notice to Medical Personnel:</b> I have a Five Wishes Advance Directive. <small>Важное уведомление медицинскому персоналу: я заполнил(а) предварительное распоряжение «Пять желаний».</small></p> <p>_____ Signature Подпись</p> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is: <small>В случае необходимости экстренной помощи ознакомьтесь, пожалуйста, с этим документом и/или проконсультируйтесь с моим Агентом по медицинскому уходу: Мой Агент:</small></p> <p>_____ Name ФИО</p> <p>_____ Address Адрес City/State/Zip Город/штат/почтовый индекс</p> <p>_____ Phone Телефон</p>	<p>My primary care physician is: <small>Мой лечащий врач:</small></p> <p>_____ Name ФИО</p> <p>_____ Address Адрес City/State/Zip Город/штат/почтовый индекс</p> <p>_____ Phone Телефон</p> <p>My document is located at: <small>Мой документ находится:</small></p> <p>_____ _____ _____</p>
---	---

Вырежьте карточку, сложите ее и заламинируйте для длительного хранения.

## Вот что говорят люди о форме Five Wishes:

*«Скоро исполнится год с тех пор, как умерла моя мама. Мы знали, что она хотела, потому что у нее было завещание о жизни «Пять желаний». Когда наступил конец, у нас с братом не было вопросов о том, что делать. Мы были спокойны».*

*Шерил К., Лонгвуд, Флорида*

*«Должна сказать, что мне нравятся «Пять желаний». Форма точна, проста для понимания и концентрируется не на конкретных вопросах медицинского ухода, а на том, что действительно важно – на человеческой помощи. Я заполнила ее и для себя, и для своего мужа».*

*Сьюзан У., Флагстаф, Аризона*

*«Я не хочу, чтобы моим детям пришлось принимать решения, которые мне приходится принимать за мою маму. Я даже не представляла, себе, сколько медицинских вариантов придется рассматривать. Спасибо за такую тонкую и сострадательную форму. Я могу просто заполнить ее и держать наготове для своих детей».*

*Диана У., Хановер, Иллинойс*

Форма «Пять желаний» была создана программой Aging with Dignity (Старение с достоинством), некоммерческой организацией, которая ставит себе целью помочь людям спланировать и в случае серьезной болезни получить лечение в соответствии с их пожеланиями. Разработка формы «Пять желаний» стала возможной благодаря гранту Фонда им. Роберта Вуда Джонсона (The Robert Wood Johnson Foundation).

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

## Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)

1-888-594-7437

Перевод буклета «Пять желаний» стал возможен благодаря поддержке

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health Foundation<sup>SM</sup>

Услуги профессионального перевода предоставлены компанией

Professional translation services provided by

## Language Services Associates

*«Пять желаний» – торговая марка программы Aging with Dignity. Все права защищены. Содержание настоящей публикации представляет собой охраняемые авторским правом материалы программы Aging with Dignity. Не допускается воспроизведение или передача какой бы то ни было части настоящей публикации какими бы то ни было средствами, будь то электронными или механическими, в том числе фотокопирование или размещение в информационно-поисковой системе, без письменного разрешения программы Aging with Dignity. Хотя содержание настоящего документа охраняется авторским правом, вы имеете право фотокопировать его и давать такие копии своему врачу, обслуживающей организации, Агенту по медицинскому уходу, членам семьи или другим людям, которые вам дороги. Любое иное воспроизведение или использование формы «Пять желаний» требует разрешения программы Aging with Dignity. Программа Aging with Dignity выражает благодарность организации Oregon Health Decisions за содействие в составлении проекта желания номер два, а также благодарит за помощь Кейт Каллахан (Kate Callahan), Чарльза Сабатино (Charles Sabatino) и Тери Сэнц (Tere Saenz).*

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

