

پیشگی ہدایت کا ضمیمہ برائے ورجینیا
دماغی صحت سے متعلق امراض کیلئے

میں،

دماغی صحت کی نگہداشت کیلئے یہ ضمنی ہدایت دینے والے فرد کا نام جلی حروف میں (اقرار کنندہ)
(Printed Name of Individual Making This Supplement for Mental Health Care (Declarant))

ارادی طور پر اور رضامندی سے ایسے حالات کیلئے اپنی خواہشات کا اظہار کرتا/ کرتی ہوں جب میں اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں باخبر فیصلے کرنے کا اہل نہ رہوں۔ یہ دستاویز نگہداشت صحت کیلئے میری پیشگی ہدایات تکمیل کیلئے ہے، جسے میں نے مورخہ _____ کو مکمل کیا ہے۔

تاریخ ڈالیں (Insert Date)

اس دستاویز میں ایسی صورتحال کیلئے میری نگہداشت صحت سے متعلق خصوصی ہدایات شامل ہیں، جب مجھے دماغی صحت کے عارضہ کا سامنا ہو۔

I: میرے اعتراض کے باوجود نگہداشت صحت کی اجازت دینے سے متعلق میرے ایجنٹ کے خصوصی اختیارات

اس حصے میں ایسی صورت کیلئے میری نگہداشت صحت سے متعلق خصوصی ہدایات شامل ہیں اگر میں اس نگہداشت صحت پر اعتراض کرتا/ کرتی ہوں جو میرے نگہداشت صحت کے ایجنٹ اور میرے معالج کے خیال میں میرے لئے ضروری ہے۔

(کسی ایسے اختیار کو قلم زد کر دیں جو آپ اپنے ایجنٹ کو نہیں دینا چاہتے)

میرے ایجنٹ کے اختیارات میں درج ذیل شامل ہوں گے:

1. قانون کے تحت مجاز طور پر کسی دماغی بیماری کے علاج کے لئے میرے اعتراض کے باوجود بھی، مجھے کسی نگہداشت صحت کی سہولت میں داخل کرنے کی اجازت دینا۔
2. میرے اعتراض کے باوجود ایسے دیگر نگہداشت صحت کی اجازت دینا جو قانون کے تحت اجازت یافتہ ہو اور میرے نگہداشت صحت کے ایجنٹ اور میرے معالج کے خیال میں میرے لئے ضروری ہو۔ اس میں کسی بھی قسم کی نگہداشت شامل ہوسکتی ہے ماسوا اس کے کہ میں نے اس دستاویز میں، اپنی پیشگی ہدایت میں، یا ذیل کی خالی جگہ میں تحریر کردہ ہدایات کے ذریعہ بصورت دیگر بیان کیا ہو۔

□ میں درج ذیل مخصوص قسم کی نگہداشت صحت کی اجازت نہیں دیتا/ دیتی ہوں:

[اپنے ایجنٹ کو مذکورہ بالا میں سے کوئی بھی اختیارات دینے کیلئے ضروری ہے کہ، آپ کے معالج یا لائسنس یافتہ کلینیکل سائیکولوجسٹ اس بیان پر ذیل کے خانے میں اپنے دستخط کریں۔]

میں ایک معالج یا لائسنس یافتہ کلینیکل سائیکولوجسٹ ہوں اور شخص سے واقف ہوں جس نے نگہداشت صحت سے متعلق پیشگی ہدایت کا یہ ضمیمہ تیار کیا ہے۔ میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ وہ ابھی باخبر طور پر فیصلہ کرنے کا/ کی اہل ہے اور یہ کہ وہ اس پیشگی ہدایت کے ضمیمہ کے سیکشن I کے تحت اپنے ایجنٹ کو دیے گئے خصوصی اختیارات کے نتائج سے واقف ہے۔

تاریخ
(Date)

معالج یا لائسنس یافتہ کلینیکل سائیکولوجسٹ کے دستخط

معالج یا لائسنس یافتہ کلینیکل سائیکولوجسٹ کا نام اور پتہ جلی حروف میں
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Printed Name and Address)

II: دماغی صحت سے متعلق نگہداشت کیلئے اضافی ہدایات، اگر کوئی ہوں

[اگر آپ اپنی دماغی صحت کی نگہداشت سے متعلق اضافی ہدایات دینا چاہتے ہیں تو، آپ یہاں ایسا کرسکتے ہیں۔ آپ اس حصے کا استعمال اپنی دماغی صحت کی نگہداشت سے متعلق ہدایات دینے کیلئے کرسکتے ہیں خواہ آپ کا کوئی ایجنٹ نہ بھی ہو۔ اگر آپ خصوصی ہدایات نہیں دیتے ہیں تو، آپ کی دماغی صحت کی نگہداشت قانون کے تحت اجازت یافتہ حد، آپ کے اقدار اور خواہشات، اگر معلوم ہوں، اور بصورت دیگر آپ کے بہتر مفادات پر مبنی ہوگی۔]

A. میں خاص طور پر یہ ہدایت دیتا/دیتی ہوں کہ اگر طبی طور پر موزوں ہو تو مجھے دماغی صحت سے متعلق درج ذیل نگہداشت فراہم کی جائے:

B. میں خاص طور پر ہدایت دیتا / دیتی ہوں کہ مجھے دماغی صحت سے متعلق درج ذیل نگہداشت نہ فراہم کی جائے:

C. [اس فارم پر ہدایات لکھنے کے بجائے آپ یہ ہدایت دے سکتے ہیں کہ آپ کی دماغی نگہداشت صحت ایک بحرانی منصوبہ کے مطابق فراہم کی جائے۔ اگر آپ نے بحرانی منصوبہ تیار کر لیا ہے تو، ذیل کے خانے پر نشان لگائیں اور بحرانی منصوبہ اس دستاویز کے ساتھ منسلک کریں۔]

میں ہدایت دیتا/دیتی ہوں کہ مجھے اپنی ان ترجیحات کے مطابق نگہداشت فراہم کی جائے جن کا اظہار میں نے منسلک بحرانی منصوبہ میں کیا ہے، بشرطیکہ یہ قانونی طور پر درست ہو۔

تصدیق اور حق تنسیخ: ذیل میں دستخط کر کے میں تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ میں دماغی صحت کی نگہداشت سے متعلق پیشگی ہدایت کے اس ضمیمہ کو سمجھتا/ سمجھتی ہوں اور یہ کہ میں اسے اپنی خواہش سے اور رضاکارانہ طور پر مکمل رہا/ رہی ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ میں قانونی طریق کار کے مطابق کسی بھی وقت اس دستاویز کو مکمل یا جزوی طور سے منسوخ کر سکتا / سکتی ہوں۔

اقرار کنندہ کے دستخط (Signature of Declarant)

تاریخ (Date)

اقرار کنندہ نے مندرجہ بالا پیشگی ہدایت پر میری موجودگی میں دستخط کیا۔ [دو بالغ گواہان کی ضرورت ہے]

گواہ کا نام جلی
حروف میں
(Witness
Printed)

گواہ کے دستخط
(Witness
Signature)

گواہ کا نام جلی
حروف میں
(Witness
Printed)

گواہ کے دستخط
(Witness
Signature)

نوٹ: دماغی صحت کی نگہداشت سے متعلق پیشگی ہدایت کے اس ضمیمہ کو اپنے عمومی پیشگی ہدایت کے ساتھ رکھیں۔

یہ فارم ورجینیا کے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلوں کے قانونی تقاضوں (Virginia's Health Care Decisions Act) کی تکمیل کرتا ہے۔ اگر اس فارم کے بارے میں آپ کے قانونی سوالات ہیں یا آپ اپنی مخصوص ضروریات کیلئے کوئی نیا فارم تیار کرنا چاہتے ہیں تو، آپ کو کسی وکیل سے بات کرنی چاہئے۔ اپنے معالج ڈاکٹر کو اپنی پیشگی طبی ہدایات کی ایک نقل فراہم کرنا آپ کی ذمہ داری ہے۔ آپ کو اپنے ایجنٹ، قریبی رشتے داروں اور / یا دوستوں کو اس کی نقول فراہم کرنا چاہئے۔

یہ فارم ورجینیا ہاسپٹل اینڈ ہیلتھ کیئر ایسوسی ایشن کے ذریعہ اپنے ممبران اور عوام الناس کیلئے بطور خدمت فراہم کیا گیا ہے۔ (مارچ 2010، www.vhha.com)