



Imenovanje opunomoćenika zdravstvene njege

Unaprijedna uputstva Vermonta za odluke o zdravstvenoj njezi

Appointment of a Health Care Agent

BOSNIAN

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

VAŠE IME

YOUR NAME

DATUM ROĐ.

DATE OF BIRTH

DATUM

DATE

ADRESA

ADDRESS

GRAD

CITY

DRŽAVA

STATE

POŠT. BROJ

ZIP

Vaš **opunomoćenik** može donositi odluke o Vašoj zdravstvenoj njezi umjesto Vas, kada vi niste u mogućnosti za to, ili ne želite sami donositi odluke. Izaberite nekoga kome vjerujete, ko razumije Vaše želje i pristaje da bude Vaš opunomoćenik. Vaš liječnik **NE** može biti i Vaš opunomoćenik, osim ako nije u srodstvu sa Vama. Vaš opunomoćenik **NE** smije biti vlasnik, upravitelj, uposlenik ili ugovarač doma za dugotrajnu njegu, zdravstvene ustanove ili popravne ustanove u kojoj živite u vrijeme kada ispunjavate unaprijedna uputstva.

Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

Imenujem ovu osobu za svog **OPUNOMOĆENIKA** za zdravstvenu njegu:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

IME OPUNOMOĆENIKA

AGENT NAME

EMAIL

EMAIL

ADRESA

ADDRESS

KUĆNI TELEFON

HOME PHONE

TELEFON NA POSLU

WORK PHONE

MOBITEL

CELL PHONE

(Ako imenujete **DODATNE OPUNOMOĆENIKE**, navedite ih na posebnoj listi papira)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

Ako je ovaj opunomoćenik nedostupan, ne želi ili ne može djelovati kao moj opunomoćenik, imenujem ovu osobu kao svog **DODATNOG OPUNOMOĆENIKA**:

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

DODATNI OPUNOMOĆENIK

ALTERNATE AGENT NAME

EMAIL

EMAIL

ADRESA

ADDRESS

KUĆNI TELEFON

HOME PHONE

TELEFON NA POSLU

WORK PHONE

MOBITEL

CELL PHONE

Druge osobe koje bolnica može konsultovati o medicinskim odlukama u moje ime uključuju:

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

Pružalac primarne zdravstvene zaštite (Ljekar, asistent ljekara, medicinska sestra):

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

IME

NAME

TELEFON

PHONE

ADRESA

ADDRESS

IME

NAME

TELEFON

PHONE

ADRESA

ADDRESS

Osobe koje bolnica NE treba konsultovati uključuju:

Those who should NOT be consulted include:

IME
NAME

DATUM ROĐ.
DOB

DATUM
DATE

Opće upute o mojim ciljevima zdravstvene njege:

General Comments About My Health Care Goals:

POTPISANA IZJAVA O ŽELJAMA / SIGNED DECLARATION OF WISHES

Ovo morate potpisati u prisustvu DVA punoljetna svjedoka. Sljedeće osobe se **ne** mogu potpisati kao svjedoci: vaš opunomoćenik(ci), supružnik, roditelji, braća i sestre, djeca ili unuci.

You must sign this in the presence of TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses: your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

Izjavljujem da ovaj dokument odražava moje želje u vezi sa zdravstvenom njegom, i da svojevrijem potpisujem ova Unaprijedna uputstva.

I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

POTPISANO

SIGNED

DATUM

DATE

Potvrđujem da je potpisnik djelovao kao da je razumio prirodu ovog unaprijednog uputstva, i da iste nije potpisao pod prisilom ili neprimjerenim utjecajem. (Molimo potpišite i odštampajte)

I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

SVJEDOK 1 (ŠTAMPANIM SLOVIMA)

SVJEDOK 1 (ŠTAMPANIM SLOVIMA)

POTPIS

SIGNATURE

DATUM

DATE

SVJEDOK 2 (ŠTAMPANIM SLOVIMA)

SVJEDOK 2 (ŠTAMPANIM SLOVIMA)

POTPIS

SIGNATURE

DATUM

DATE

Ako je osoba koja potpisuje ovaj dokument primljena u bolnicu ili je trenutno na liječenju u **bolnici**, jedno od slijedećih lica mora potpisati i potvrditi da su objasnili prirodu i učinak unaprijednih uputstava, te da je djelovalo kao da ih pacijent razumije i da ista ne potpisuje pod prisilom ili neprimjerenim utjecajem: *imenovani bolnički asistent, ombudsman, predstavnik pacijenata za oblast mentalnog zdravlja, priznati član sveštenstva, advokat države Vermont ili opunomoćenik u ostavinskom postupku.*

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

Ako je osoba koja potpisuje ovaj dokument primljena u ili je trenutno na liječenju u **staračkom domu ili domu za dugotrajnu njegu**, jedno od slijedećih lica mora potpisati i potvrditi da su objasnili prirodu i učinak unaprijednih uputstava, te da je djelovalo kao da ih pacijent razumije i da ista ne potpisuje pod prisilom ili neprimjerenim utjecajem: *ombudsman, priznati član sveštenstva, advokat države Vermont, opunomoćenik u ostavinskom postupku, imenovani bolnički asistent, predstavnik pacijenta za mentalno zdravlje, liječnik koji nije zaposlen u datoj ustanovi, ili volonter u staračkom domu/domu za dugotrajnu njegu sa odgovarajućom obukom.*

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

Gorepomenuti asistent može takođe djelovati kao jedan od dva potrebna svjedoka.

The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

IME

NAME

NAZIV/POZICIJA

TITLE/POSITION

TELEFON

PHONE

ADRESA

ADDRESS

POTPIS

SIGNATURE

DATUM

DATE

Sljedeća lica imaju primjerak mog Unaprijednog uputstva (molimo provjerite):

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

Registar unaprijednih uputstava države Vermont

Vermont Advance Directive Registry

Opunomoćenik za zdravstvenu njegu

Health care agent

Doktor/Pružalac(pružaoci) liječenja:

Doctor/Provider(s):

Bolnica(e):

Hospital(s):

Član(ovi) porodice:

Family Member(s):

DATUM REGISTRACIJE:

DATE REGISTERED:

Drugi opunomoćenik za zdravstvenu njegu

Alternate health care agent

Registar unaprijednih uputstava države Vermont
Ugovor o registraciji i Ovlaštenje za promjenu obrasca
(Dokumenti A i B prema pravilu Unaprijednih uputstava države Vermont)

Vermont Advance Directive Registry
Registration Agreement & Authorization to Change Form
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)

Uputstva / Directions

- Pročitajte Pravila registracije na stranici 3 i popunite relevantne odjeljke u nastavku. Upišite ili odštampajte jasno.
Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
 - Korisnici koji se prvi put registruju:** Popunite Potrebne podatke aplikanta, te Dokument A.
First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.
 - Ažuriranje unaprijednog uputstva koje imamo u Vašoj bazi podataka:** Popunite Potrebne podatke aplikanta, te Dokument B.
Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.
- Priložite potpisano i ovjerenu kopiju Vašeg unaprijednog uputstva.
Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- Svaka registracija **mora** uključivati popunjen i potpisan obrazac Ugovora o registraciji ili Ovlaštenje za promjenu registracije, te kopiju potpisanog i potvrđenog dokumenta Unaprijednog uputstva.
Registrations must include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.
- Nakon što popunite i potpišete obrasce, pošaljite ih putem emaila, poštom ili faksom:
Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

Pošaljite na email adresu: VADRSubmissions@uslwr.com
E-mail to:

Ili na poštansku adresu: Vermont Advance Directive Registry (VADR)
Or Mail to: PO Box 2789
Westfield, NJ 07091-2789

Ili faksom na broj: 908- 654-1919
Or Fax to:

Za dodatne informacije posjetite: <http://healthvermont.gov/vadr/> ili nas pozovite na broj: 1-888-548-9455
For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

Potrebne informacije o aplikantu / Required Registrant Information

Ime: Prvo ime _____ Srednje ime _____ Prezime _____ Sufiks _____
Name: First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____

Datum rođenja: ____ / ____ / ____
Date of Birth: ____ / ____ / ____

Primarna poštanska adresa: _____
Primary Mailing Address:

Mjesto/Grad: _____ **Država:** _____ **Pošanski broj:** _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____

Telefonski broj: Glavni broj (____) _____ - _____ **Drugi brojevi:** (____) _____ - _____
Phone Number: Primary (____) _____ - _____ Other: (____) _____ - _____

Želite li da vas kontaktiraju putem emaila? Ne Da
Would you like to be contacted by e-mail? No Yes

Email adresa: _____
Email Address:

Druga poštanska adresa (ako postoji): _____
Secondary Mailing Address (if applicable):

Mjesto/Grad: _____ **Država:** _____ **Pošanski broj:** _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____

Kontakt osobe za hitne slučajeve / Emergency Contacts

Prvi kontakt: Ime: _____
Primary: Name: _____

Veza sa aplikantom: _____ **Telefonski broj:** (____) _____ - _____
Relationship to Registrant: _____ Phone Number: (____) _____ - _____

Drugi kontakt: Ime: _____
Secondary: Name: _____

Veza sa aplikantom: _____ **Telefonski broj:** (____) _____ - _____
Relationship to Registrant: _____ Phone Number: (____) _____ - _____

BILJEŠKA: Svi podnesci Registru moraju sadržavati potpisanu i ovjerenu kopiju Unaprijednog uputstva aplikanta. Ovo se odnosi i na prvu registraciju, te i na ažuriranje postojećih dokumenata.

NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.

Dokument A: Ugovor o registraciji

Document A: Registration Agreement

Popunite ovaj odjeljak **samo** ako vam je ovo prvi put da registrujete svoje Unaprijedno uputstvo.

Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

Ja, _____ (**ispisano ime**) tražim da se moje Unaprijedno uputstvo registruje u Registru unaprijednih uputstava države Vermont, te da odobravam pristup istom u skladu sa zakonom Vermona. Potpisivanjem dokumenta u nastavku potvrđujem i utvrđujem da su: date informacije tačne; da sam pročitao, razumio i da sam saglasan sa uslovima Pravila registracije u registru; da ću čuvati svoj identifikacioni broj aplikanta i karticu od neovlaštenog pristupa; te da ću odmah, pismenim putem, obavijestiti Registar o promjenama mojih podataka o registraciji ili Unaprijednog uputstva. Ovaj sporazum izvršavam dobrovoljno i bez prinude, prisile ili neprikladnog uticaja bilo koje strane. Razumijem da svako ko ima pristup mojoj kartici može da je koristiti za pristup mojim dokumentima i ličnim podacima. Ovo ovlaštenje ostaje na snazi dok ga ne opozovem.

I, _____ (**print name**) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

Potpis aplikanta:

Signature of Registrant: _____

Datum:

Date: _____

Dokument B: Ovlaštenje za promjenu

Document B: Authorization to Change

Popunite **samo** ako ste trenutno registrovani i ažurirate Unaprijedno uputstvo koje je već pohranjeno u Registru.

Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

Označite polje ispod koje se odnosi na vašu prijavu.

Check the box below that applies to your submission.

Izmjene: Označite ovo polje da biste izmijenili postojeće Unaprijedno uputstvo. Prethodni sadržaj dokumenta ćemo zadržati u vašem fajlu.

Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

Zamjena: Označite ovo polje da biste zamijenili postojeće Unaprijedno uputstvo. Prethodni sadržaj dokumenta nećemo zadržati u vašem fajlu.

Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

Obustava: Molim označite ovo polje ako želite privremeno deaktivirati cijelo Unaprijedno uputstvo ili neki njegov dio tokom određenog perioda vremena.

Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

Datum početka:

Begin Date: _____

Datum završetka:

End Date: _____

Opozivanje: Označite ovo polje da izbrisete svoje postojeće Unaprijedno uputstvo iz Registra. (Ovom radnjom trajno uklanjate Unaprijedno uputstvo iz Registra)

Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

Ja, _____ (**ime štampanim slovima**) potvrđujem da ovaj obrazac sadrži izmjene koje sam napravio, te da su ove izmjene tačne. Osim toga, ovlašćujem da se promjene unesu i u Registar Unaprijednih uputstava.

I, _____ (**print name**) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

Potpis aplikanta:

Signature of Registrant: _____

Datum:

Date: _____

Politika registracije

Registration Policy

Unaprijedno uputstvo je pravni dokument koji prenosi želje osobe u pogledu zdravstvene skrbi, te u pogledu željenog postupanja na kraju života, ako data osoba postane nesposobna ili na neki drugi način ne bude u mogućnosti donositi takve odluke. Registar Unaprijednih uputstava države Vermont je baza podataka koja omogućava ljudima da elektronski pohranjuju primjerak svog Unaprijednog uputstva u sigurnoj bazi podataka. Toj bazi podataka mogu pristupiti, onda kada je to potrebno, ovlašteni pružaoci zdravstvene njege, zdravstvene ustanove, domovi za dugotrajnu njegu, te upravitelji pogrebnih društava i krematorijuma. Za dodatne informacije, posjetite: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

1. Da bi registrovao Unaprijedno uputstvo, aplikant mora popuniti i poslati obrazac Ugovora o registraciji zajedno sa kopijom dokumenta Unaprijednog uputstva na adresu:

To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

The Vermont Advance Directive Registry

PO Box 2789

Westfield, New Jersey 07091-2789

2. Po prijemu Ugovora o registraciji i potrebnih priloga, Registar će skenirati unaprijedno uputstvo i pohraniti ga u bazu podataka zajedno sa informacijama o identifikaciji aplikanta iz Ugovora o registraciji. Registar će aplikantu poslati pismo potvrde, zajedno sa registracijskim brojem, uputama za korištenje registracijskog broja za pristup dokumentima na web stranici Registra, karticom, te naljepnicama koje se lijepe na vozačku dozvolu ili karticu osiguranja. Registracija nije na snazi dok aplikant ne primi pismo potvrde, te materijale za registraciju.

Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.

3. Aplikanti trebaju podijeliti registracijski broj sa kartice sa svim licima koja bi trebali imati pristup njihovom Unaprijednom uputstvu: na primjer, sa opunomoćenikom, članovima njegove/njene porodice ili ljekarom. Svako može pristupiti Unaprijednom uputstvu datog lica koristeći ovaj registarski broj. Osim toga, kada registarski broj nije lako dostupan, ovlašteni pružalac zdravstvenih usluga može pretražiti Registar za unaprijedno uputstvo aplikanta koristeći lične identifikacijske podatke istog.

Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.

4. Aplikant je odgovoran da obezbijedi slijedeće uslove:

The registrant is responsible for ensuring that:

- a. Da se Unaprijedno uputstvo pravilno izvršava u skladu sa zakonima države Vermont.

The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.

- b. Da je kopija Unaprijednog uputstva poslana Registru - ukoliko se radi o fotokopiji originala - da je ista ispravna i čitljiva.

The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.

- c. Da su informacije date u Ugovoru o registraciji i dokumentima Unaprijednog uputstva tačne i ažurne.

The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.

- d. Da će se Registar obavijestiti u najkraćem mogućem roku o bilo kakvim promjenama Unaprijednog uputstva ili informacija o registraciji popunjavanjem i podnošenjem Registru obrasca Ovlaštenja za promjenu, uz priložene izmjene, ili po mogućnosti, sa ažuriranom kopijom Unaprijednog uputstva.

The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.

5. Prva registracija, kao i naknadne izmjene i ažuriranja informacija o registraciji ili dokumenata Unaprijednog uputstva su besplatni.

Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

6. Ugovor o registraciji ostaje na snazi sve dok Registar ne dobije pouzdanu informaciju da je aplikant preminuo, ili dok aplikant ne zatraži pismenim putem da se Ugovor o registraciji raskine. Kada se Ugovor raskine, Registar će ukloniti Unaprijedno uputstvo aplikanta iz svoje baze podataka, te ta datoteka više neće biti dostupna pružaocima usluga.

The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.

7. Samo Registar može promijeniti uslove Ugovora o registraciji.

Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.