



Unaprijedna uputstva Vermonta za odluke o zdravstvenoj njezi

Pripremila Mreža za etička pitanja Vermont

Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

BOSNIAN

OBJAŠNENJE I UPUTE EXPLANATION & INSTRUCTIONS

- **Imate pravo da: / You have the right to:**
 1. imenujete nekog drugog da donosi odluke o zdravstvenoj zaštiti umjesto Vas kada ili ako niste u mogućnosti da ih sami donesete.
Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.
 2. dajete upute o tome koju vrstu zdravstvene zaštite želite ili ne.
Give instructions about what types of health care you want or do not want.
- **Važno je razgovarati sa Vašim najbližim i sa svojim zdravstvenim radnicima o ciljevima, željama i preferencijama za liječenje.**
It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.
- **Obrazac možete koristiti u cijelosti ili bilo koji njegov dio. Na primjer, ako želite da odaberete opunomoćenika samo u Dijelu 1, možete popuniti samo taj odjeljak, a zatim preći na Dio 5 koji ćete potpisati u prisustvu odgovarajućih svjedoka.**
You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.
- **Možete koristiti i drugi obrazac samo u prisustvu odgovarajućih svjedoka. Detaljnije obrasce sa većim brojem opcija i informacijama o željama u vezi sa mentalnim zdravljem možete naći na web stranici Mreže za etička pitanja Vermonta: www.vtethicsnetwork.org.**
You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at www.vtethicsnetwork.org.

DIO 1 ovog obrasca Vam omogućava da imenujete osobu kao svog "**opunomoćenika**" koji će umjesto vas donositi odluke o zdravstvenoj zaštiti ako ne budete u mogućnosti ili ne budete željeli da sami donosite odluke. Možete imenovati i druge opunomoćenike. Izaberite nekoga kome vjerujete, i ko će biti spreman donositi teške odluke u Vaše ime. Oni bi trebali biti vođeni Vašim vrijednostima u donošenju odluka za vas i **pristati** da djeluju kao Vaši opunomoćenici. Možete popuniti Obrazac unaprijednih uputstava, gdje ćete navesti svoje zdravstvene preference, *čak i ako ne imenujete opunomoćenika*. Pružaoci medicinskih usluga će pratiti Vaše upute u Unaprijednim uputstvima bez opunomoćenika, u skladu sa svojim najboljim mogućnostima. Međutim, ako imate određenu osobu kao Vašeg opunomoćenika da donosi odluke umjesto Vas, to će pomoći zdravstvenim radnicima i onima koji brinu o Vama da donesu najbolje odluke u situacijama koje možda nisu detaljno opisane u Vašim Unaprijednim uputstvima. Prema zakonu Vermonta, najbliži rođaci neće automatski donositi odluke umjesto Vas ako to niste u mogućnosti. Zato je najbolje da unaprijed odredite nekoga po svom izboru.

Part ONE of this form allows you to name a person as your "**agent**" to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you **and agree** to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences *even if you do not identify an agent*. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.

DIO 2 ovog obrasca Vam omogućava da navedete **Ciljeve i želje u toku liječenja**. Bit će Vam dat izbor da izrazite svoje želje da primite, ne primite ili prekinete liječenje pod određenim okolnostima. Također je predviđen prostor za dodatne ili posebne želje, na osnovu Vaših vrijednosti, zdravstvenog stanja ili vjerovanja.

Part TWO of this form lets you state **Treatment Goals & Wishes**. Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

DIO 3 ovog obrasca Vam omogućava da izrazite svoje želje u vezi sa **Ograničenjima liječenja**. Ovi tretmani uključuju CPR reanimaciju, primjenu aparata za disanje, sonde za hranjenje i antibiotika. Dat je i prostor da napišete sve dodatne želje. **NAPOMENA:** Ako **NE ŽELITE** da se ne Vama primjenjuju reanimacija, aparati za disanje, sonda za hranjenje ili antibiotici, razgovarajte o tome sa svojim ljekarom, koji može ispuniti **DNR/ COLST nalog** (Nalog za zabranu reanimacije/Nalog ljekara za liječenje usmjereno ka održavanju života) kako bi osiguralo da ne primite liječenje koje ne želite, posebno u hitnim slučajevima. Osoblje hitne medicinske pomoći dužno je da Vam pruži tretman koji spašava život osim ako imaju pristup potpisanom DNR/COLST nalogu, koji navodi ograničenja liječenja. Ako ne postoji DNR/ COLST nalog, tim hitne medicinske pomoći će obaviti reanimaciju jer neće imati vremena da konsultuju Unaprijedna uputstva, Vašu porodicu, opunomoćenika ili ljekara.

Part THREE of this form lets you express your wishes about **Limitations of Treatment**. These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes. **NOTE:** If you **DO NOT** want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/**

COLST order (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to ensure that you do not receive treatments you do not want, especially in an emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

DIO 4 ovog obrasca Vam omogućava da izrazite svoje želje vezane za **doniranje organa/tkiva, te želje po pitanju za pogreb, sahranu i odlaganje** Vaših posmrtnih ostataka.

Part FOUR of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

DIO 5 je prostor za potpise. Obrazac morate potpisati i datimirati u prisustvu DVA punoljetna svjedoka. Sljedeće osobe ne mogu biti Vaši svjedoci: vaš opunomoćenik ili zamjenik istog; Vaš supružnik ili partner; roditelji; braća i sestre; djeca ili unuci.

Kopije popunjenog obrasca dajte svom opunomoćeniku ili zamjeniku/zamjenicima, ljekaru, porodici i bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj živite ili u kojoj ćete dobivati njegu. Imajte na umu ko ima kopiju Vaših Unaprijednih uputstava tako da je možete ažurirati ako se Vaše želje promijene.

Također Vam savjetujemo da pošaljete kopiju svojih Unaprijednih uputstava Registru unaprijednih uputstava Vermonta uz Obrazac Ugovora o registraciji, koji se nalazi na kraju ovog dokumenta.

Imate pravo da opozovete cijelo ili dio ovih Unaprijednih uputstava, ili zamijenite ovaj obrazac u bilo kojem trenutku. Ako ga opozovete, sve stare primjerke treba uništiti. Ako unesete izmjene, a već ste kopiju originalnog dokumenta poslali u Registar unaprijednih uputstava Vermonta, obavezno im pošaljite novu kopiju ili obrazac obavještenja o promjeni podataka, navodeći informacije koje su potrebne za ažuriranje Vaših Unaprijednih uputstava u Registru.

Part FIVE is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may not be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.



STEP
2
**TAKING
STEPS
VERMONT**

A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to
appoint a health care agent and
document treatment preferences



A publication by the Vermont Ethics Network

Savjetujemo Vam da pročitate knjižicu *Taking Steps (Naredni koraci)* koja će vam pomoći da razmislite i razgovarate o različitim željama i situacijama sa svojim opunomoćenikom (opunomoćenicima) ili voljenim osobama.

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

Primjerak knjižice *Taking Steps* možete kupiti na:
Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

Vermont Ethics Network
61 Elm Street
Montpelier, VT 05602.
Tel (Tel) (802) 828-2909
Fax (Fax) (802) 828-2646
www.vtethicsnetwork.org

Za informacije o Registru Unaprijednih uputstava Vermont, posjetite: / For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

VEN web stranica: www.vtethicsnetwork.org
VEN website

ili / or

**Registar se nalazi na web stranici Ministarstva
zdravlja Vermonta:**
Registry website at the Vermont Department of Health:
www.healthvermont.gov/vadr



Unaprijedna uputstva Vermonta za odluke o zdravstvenoj njezi

Vermont Advance Directive for Health Care

VAŠE IME
YOUR NAME

DATUM ROĐ.
DATE OF BIRTH

DATUM
DATE

ADRESA
ADDRESS

GRAD
CITY

DRŽAVA
STATE

POŠT. BROJ
ZIP

PRVI DIO: VAŠ OPUNOMOĆENIK ZA ZDRAVSTVU NJEGU PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

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
NAMEDATUM ROĐENJA
DOBDATUM
DATE

Želim da se moja Unaprijedna uputstva počnu primjenjivati: / I want my Advance Directive to start:

Onda kada ne budem u mogućnosti da donosim sopstvene odluke
When I cannot make my own decisions

Sada
Now

Kada se ovo desi:
When this happens:

DRUGI DIO: CILJEVI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I DUHOVNE ŽELJE

PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

Moji ukupni ciljevi zdravstvene zaštite uključuju: / My overall health care goals include:

Želim da mi život bude održan što je duže moguće bilo kojim medicinskim sredstvima.
I want to have my life sustained as long as possible by any medical means.

Želim liječenje koje će me održati u životu samo ako ću:
I want treatment to sustain my life only if I will:

moći komunicirati sa prijateljima i porodicom.
be able to communicate with friends and family.

biti u stanju da se brinem o sebi.
be able to care for myself.

moći živjeti bez bola koji onesposobljavajuće boli.
live without incapacitating pain.

biti pri sebi i svjestan/svjesna svog okruženja.
be conscious and aware of my surroundings.

Želim samo njegu usmjerenu da mi olakša patnju.
I only want treatment directed toward my comfort.

Dodatni ciljevi, želje ili vjerovanja koje želim izraziti uključuju:

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

Osobe koje treba obavijestiti ako imam bolest opasnu po život:

People to notify if I have a life-threatening illness:

U slučaju da umirem, važno mi je da budem (označi izbor): / If I am dying it is important for me to be (check choice):

Kod kuće
At home

U bolnici
In the hospital

Na drugom mjestu:
Other:

Nemam posebnih želja
No preference

Moje želje za duhovnu njegu uključuju: / My Spiritual Care Wishes include:

Moja vjera/uvjerenje:

My Religion/Faith:

MJESTO SLUŽENJA BOGU
PLACE OF WORSHIP

TELEFON
PHONE

ADRESA
ADDRESS

Sljedeći predmeti, muzika ili tekst koji bi mi se čitao bi mi bili utjeha:

The following items or music or readings would be a comfort to me:

IME
NAMEDATUM ROĐENJA
DOBDATUM
DATE**TREĆI DIO: OGRANIČENJA LIJEČENJA**
PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT

Možete odlučiti kakvu vrstu liječenja želite ili ne želite ako se ozbiljno razbolite ili umirete. Bez obzira na izražena ograničenja liječenja, imate pravo na ublažavanje bolova i simptoma (mučnine, umora, otežano disanje). Osim ako nisu navedena ograničenja liječenja, medicinski tim je obavezan i očekuje se da učini sve moguće da Vam spasi život.

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

1. Ako moje srce stane (odaberite jedno): / If my heart stops (choose one):

Želim CPR reanimaciju kojom bi se pokušalo ponovo pokrenuti moje srce.
I DO want CPR done to try to restart my heart.

Ne želim CPR reanimaciju kojom bi se pokušalo ponovo pokrenuti moje srce.
I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

CPR predstavlja kardio (srčano)-plućno (plućno) oživljavanje, koje uključuje snažne kompresije prsnog koša, korištenje električne stimulacije, lijekova za podršku ili obnavljanje srčane funkcije i pomoćno disanje (upuhivanje zraka u pluća).

CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).

2. Ako ne mogu samostalno da dišem (odaberite jedno): / If I am unable to breathe on my own (choose one):

ŽELIM biti spojen/a na aparat za disanje bez ikakvog vremenskog ograničenja.
I DO want a breathing machine without any time limit.

Želim biti spojen/a na aparat za disanje na kratko da vidim da li ću preživjeti ili ozdraviti.
I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

NE ŽELIM biti spojen/a na aparat za disanje tokom NIJEDNE dužine vremena.
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

*"Aparat za disanje" se odnosi na uređaj koji mehanički pomiče vazduh u i iz pluća, kao što je respirator.
"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.*

3. Ako ne budem u stanju da progutam dovoljno hrane ili vode da ostanem u životu (odaberite jedno):

If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):

ŽELIM sondu za hranjenje bez ikakvih vremenskih ograničenja.
I DO want a feeding tube without any time limits.

Želim biti spojen/a na sondu za hranjenje na kratko da vidim da li ću preživjeti ili ozdraviti.
I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

NE ŽELIM biti spojen/a na sondu za hranjenje tokom NIJEDNE dužine vremena.
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

NAPOMENA: Ako se liječite u drugoj državi, Vaš opunomoćenik možda neće automatski imati ovlaštenje da uskrati ili povuče sondu za hranjenje. Ako želite da Vaš opunomoćenik odlučuje o sondi za hranjenje, označite polje ispod.

NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.

Ovlašćujem svog opunomoćenika da donosi odluke o hranjenju na sondu.
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

4. Ako sam neizlječivo bolestan ili toliko bolestan da je malo vjerovatno da će mi biti bolje (odaberite jedno):

If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):

ŽELIM antibiotike ili druge lijekove za borbu protiv infekcije.
I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

NE ŽELIM antibiotike ili druge lijekove za borbu protiv infekcije.
I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

Ako ste naveli da NE ŽELITE da se ne Vama primjenjuju CPR reanimacija, aparati za disanje, sonda za hranjenje ili antibiotici u bilo kojim okolnostima, razgovarajte o tome sa svojim ljekarom, koji može ispuniti DNR/COLST nalog kako bi osiguralo da ne primate liječenje koje ne želite, posebno u hitnim slučajevima. DNR/COLST nalog će se poštovati izvan bolničkog okruženja. If you have stated you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

Dodatna ograničenja liječenja koja želim uključiti: / Additional Limitations of Treatment I wish to include:

IME
NAMEDATUM ROĐENJA
DOBDATUM
DATE**DIO 4: DONIRANJE ORGANA/TKIVA I SAHRANA/ODLAGANJE POSMRJNIH OSTATAKA**
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS**Moje želje za doniranje organa i tkiva (označite svoje izbore):** / My wishes for organ & tissue donation (check your choices):Saglasan sam sa doniranjem sljedećih organa i tkiva:
I consent to donate the following organs & tissues:

Svi potrebni organi

Any needed organs

Svako potrebno tkivo (koža, kost, rožnjača)

Any needed tissue (skin, bone, cornea)

Ne želim donirati sljedeće organe i tkiva:

I do not wish to donate the following organs and tissues:

Ne želim donirati organe ili tkiva uopšte

I do not want to donate any organs or tissues

Želim da moj opunomoćenik odluči o ovome

I want my health care agent to decide

Želim donirati svoje tijelo istraživačkim ili obrazovnim programima. (Napomena: morat ćete se unaprijed dogovoriti sa nekim medicinskim fakultetom ili drugim programom.) / I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)

Moje upute za sahranu/odlaganje mojih ostataka nakon smrti (provjerite i popunite):**My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):**

Imam unaprijed potpisan ugovor za pogrebne aranžmane:

I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

IME

NAME

TELEFON

PHONE

ADRESA

ADDRESS

Želim da sljedeće osobe odluče o mojoj sahrani ili odlaganju mojih posmrtnih ostataka (označite svoje izbore):

I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

Moj opunomoćenik
AgentZamjenski opunomoćenik
Alternate AgentPorodica:
Family:

IME

NAME

TELEFON

PHONE

ADRESA

ADDRESS

Na drugom mjestu:
Other:

IME

NAME

TELEFON

PHONE

ADRESA

ADDRESS

Specifične želje (provjerite svoje izbore): / Specific Wishes (check your choices):

Želim bdijenje/obilazak kovčega

I want a Wake/Viewing

Želim sahranu — ako je moguće na sljedećoj lokaciji: (groblje, adresa, broj telefona)

I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

Želim kremiranje — moj pepeo će se sačuvati ili će se baciti na sljedeći način:

I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:

Želim pogrebnu ceremoniju, te nakon nje sahranu ili kremiranje

I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

Želim samo ceremoniju pored grobnog mjesta

I prefer only a Graveside Ceremony

Želim sa ceremoniju pomena nakon sahrane ili kremiranja

I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

Ostali detalji: (kao što su muzika, čitanja, pogrebni službenik)

Other Details: (such as music, readings, Officiant)

IME
NAMEDATUM ROĐENJA
DOBDATUM
DATEDIO 5: POTPISANA IZJAVA O ŽELJAMA
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES

Ovo morate potpisati u prisustvu DVA punoljetna svjedoka. Sljedeća lica se **NE** mogu potpisati kao svjedoci: vaš opunomoćenik(opunomoćenici), supružnik, roditelji, braća i sestre, djeca ili unuci.

You must sign this before 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 svojevolutno 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
SIGNEDDATUM
DATE

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

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)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

POTPIS
SIGNATUREDATUM
DATE

SVJEDOK 2 (ŠTAMPANIM SLOVIMA)

WITNESS 2 (PRINT NAME)

POTPIS
SIGNATUREDATUM
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
NAMENAZIV/POZICIJA
TITLE/POSITIONTELEFON
PHONEADRESA
ADDRESSPOTPIS
SIGNATUREDATUM
DATE

IME
NAME

DATUM ROĐENJA
DOB

DATUM
DATE

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

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

Registar unaprijednih uputstava države Vermont
Vermont Advance Directive Registry

Datum registracije:
Date registered:

Opunomoćenik za zdravstvenu njegu
Health care agent

Zamjenski opunomoćenik za zdravstvenu njegu
Alternate health care agent

Doktor/Pružalac(pružaoci) liječenja:
Doctor/Provider(s):

Bolnica(e):
Hospital(s):

Član(ovi) porodice: Molimo navedite:
Family Member(s): Please list:

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

Druga lica:
Other:

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

IME
NAME

ADRESA
ADDRESS

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 potpisanu 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:** _____ **Poštanski 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:** _____ **Poštanski 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.