



XY000240

My Advance Care Plan (Please Complete in English)

Το Έγκαιρο Σχέδιο Φροντίδας μου (Παρακαλούμε συμπληρώστε στα Αγγλικά)

Last name: / *Επώνυμο:* _____

First name: / *Όνομα:* _____ Date of birth / *Ημερομηνία γέννησης* ____ / ____ / ____

Address: / *Διεύθυνση:* _____

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

Το Έγκαιρο Σχέδιο Φροντίδας μου είναι ένα αρχείο της συζήτησής σας για τον έγκαιρο προγραμματισμό της φροντίδας και ένα τρόπος ενημέρωσης σε εκείνους που σας φροντίζουν για τις προτιμήσεις σας. Οι προτιμήσεις μπορεί να μην είναι αναγκαστικά σχετιζόμενες με τη υγεία αλλά θα καθοδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σας, το Μόνιμο Κηδεμόνα και /ή την οικογένειά σας για τον τρόπο που επιθυμείτε να σας νοσηλεύουν συμπεριλαμβανομένων ειδικών αιτημάτων ή μηνυμάτων.

Παρακαλούμε σημειώστε: Εάν επιθυμείτε να προβείτε σε νομικά δεσμευτικές αποφάσεις για την θεραπεία σας, συνίσταται να καταγράψετε αυτές σε μια Οδηγία Μελλοντικής Περίθαλψης. Μπορεί επίσης να επιθυμείτε να διορίσετε ένα Μόνιμο Κηδεμόνα για να παίρνει εκ μέρους σας διάφορες προσωπικές αποφάσεις, τρόπου ζωής και θεραπείας. Δείτε τον Οδηγό για περισσότερες λεπτομέρειες.

Έχω δώσει ένα αντίγραφο του Έγκαιρου Προγραμματισμού Υγείας μου στον:

Full name / <i>Όνοματεπώνυμο</i>	Telephone / <i>Τηλέφωνο</i>	Mobile / <i>Κινητό</i>	Relationship to me / <i>Σχέση με μένα</i>

MR00H.01 MY ADVANCE CARE PLAN – GREEK

I have completed one or more of the following:

Έχω συμπληρώσει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

Advance Health Directive

Οδηγία Μελλοντικής Περίθαλψης

Yes/No (please circle)

Ναι/Όχι (παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο)

I have stored a copy at: / Έχω αποθηκεύσει ένα αντίγραφο στο: _____

A copy can also be obtained from: / Αντίγραφο μπορείτε επίσης να πάρετε από τον/την:

Name: / Όνομα: _____

Telephone: / Τηλέφωνο: _____

Enduring Power of Guardianship

Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας

Yes/No (please circle)

Ναι/Όχι (παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο)

I have stored a copy at: / Έχω αποθηκεύσει ένα αντίγραφο στο: _____

A copy can also be obtained from: / Αντίγραφο μπορείτε επίσης να πάρετε από τον/την:

Name: / Όνομα: _____

Telephone: / Τηλέφωνο: _____

Enduring Power of Attorney

Διαρκές Πληρεξούσιο

Yes/No (please circle)

Ναι/Όχι (παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο)

I have stored a copy at: / Έχω αποθηκεύσει ένα αντίγραφο στο: _____

A copy can also be obtained from: / Αντίγραφο μπορείτε επίσης να πάρετε από τον/την:

Name: / Όνομα: _____

Telephone: / Τηλέφωνο: _____

Will

Διαθήκη

Yes/No (please circle)

Ναι/Όχι (παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο)

I have stored a copy at: / Έχω αποθηκεύσει ένα αντίγραφο στο: _____

A copy can also be obtained from: / Αντίγραφο μπορείτε επίσης να πάρετε από τον/την:

Name: / Όνομα: _____

Telephone: / Τηλέφωνο: _____

Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.

Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

Προτιμήσεις για την μελλοντική μου περίθαλψη και φροντίδα

Αυτές είναι οι προτιμήσεις μου, σε σχέση με τη μελλοντική φροντίδα μου. Παρακαλώ δείτε τον οδηγό Έγκαιρου Προγραμματισμού Φροντίδας για ασθενείς

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

Άλλα αποτελέσματα από την συνομιλία για τον Έγκαιρο Προγραμματισμό Φροντίδας:

Για παράδειγμα, μπορεί να σκέφτεστε να συμπληρώσετε κι άλλα σχετικά νομικά έγγραφα, όπως μια Οδηγία Μελλοντικής Περίθαλψης ή ένα Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας, ή μπορεί να έχετε αποφασίσει να γίνετε δωρητής οργάνων.

Outcome / Αποτέλεσμα	Description / Περιγραφή

If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:

Αν χάσω την ικανότητα λήψης αποφάσεων ή πλησιάζω το τέλος της ζωής μου, όπου είναι πρακτικό και κατάλληλο, θα προτιμούσα να με φροντίζουν:

Initial the option you prefer: / *Βάλτε τα αρχικά της επιλογής που προτιμάτε:*

- In my usual home: / *Στη συνήθη κατοικία μου* _____
- At a family member's home: / *Σε σπίτι μέλους της οικογένειας:* _____
- At a hospice or palliative care unit / *Σε μονάδα νοσοκομειακής ή παρηγορητικής φροντίδας*
- In hospital / *Σε νοσοκομείο*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Σε επαρχία (για τους Αβοριγίνες και νησιώτες του Torres Strait)*
- At another place: / *Σε άλλο μέρος:* _____

I would like to leave the following message(s)

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

Θα ήθελα να αφήσω τα παρακάτω μηνύματα

Για παράδειγμα: Είμαι φροντιστής/τρια για τον/την σύντροφο μου/μέλος της οικογένειάς μου ή θα ήθελα το ακόλουθο πρόσωπο να φροντίζει το κατοικίδιο ζώο μου, ή θα ήθελα ένα συγκεκριμένο τραγούδι να παίξει ή θα ήθελα μια συγκεκριμένη συμπληρωματική θεραπεία να χρησιμοποιηθεί ή θα ήθελα η οικογένεια μου να σεβαστεί τις προτιμήσεις μου να είμαι δωρητής οργάνων κλπ.

Signed: / *Υπεγράφη:* _____ Date: / *Ημερομηνία:* ____ / ____ / ____

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

Το έγγραφο αυτό μπορεί να διατεθεί σε εναλλακτικές μορφές όταν το ζητήσει άτομο με αναπηρία.

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.