



XY000240

My Advance Care Plan (Please Complete in English)

Mój Plan Opieki z Wyprzedzeniem (Prosimy wypełnić po angielsku)

Last name: / *Nazwisko*: _____

First name: / *Imię*: _____ Date of birth / *Data urodzenia* ____ / ____ / ____

Address: / *Adres*: _____

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:

Mój Plan Opieki z Wyprzedzeniem jest zapisem dyskusji na temat zaplanowania z wyprzedzeniem twojej opieki oraz sposobem poinformowania opiekujących się tobą osób o twoich preferencjach. Twoje preferencje mogą niekoniecznie być związane ze zdrowiem, ale wskażą leczącym cię pracownikom służby zdrowia, Stałemu Opiekunowi i/lub twojej rodzinie, jak chciałbyś być leczony, włącznie ze specjalnymi życzeniami lub wiadomościami.

Prosimy pamiętać: Gdybyś zechciał podjąć wiążące prawnie decyzje dotyczące leczenia, zalecane jest, byś odnotował te decyzje w Poleceniu Zdrowotnym z Wyprzedzeniem.

Możesz również wziąć pod uwagę powołanie Stałego Opiekuna, który będzie podejmował w twoim imieniu decyzje osobiste, dotyczące twojego stanu życia oraz leczenia. Zapoznaj się z Przewodnikiem w celu dowiedzenia się więcej na ten temat.

Wręczyłem kopię mojego Mojego Planu Opieki z Wyprzedzeniem następującym osobom:

Full name / <i>Imię i nazwisko</i>	Telephone / <i>Telefon</i>	Mobile / <i>Komórka</i>	Relationship to me / <i>Pokrewieństwo do mnie</i>

MR00H.01 MY ADVANCE CARE PLAN – POLISH

I have completed one or more of the following:

Wypełniłem jedno lub więcej z następujących:

Advance Health Directive

Poleceniu Zdrowotnym z Wyprzedzeniem

Yes/No (please circle)

Tak/Nie (prosimy zaznaczyć)

I have stored a copy at: / *Przechowuję egzemplarz w:* _____

A copy can also be obtained from: / *Egzemplarz można również otrzymać od:*

Name: / *Imię i nazwisko:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Enduring Power of Guardianship

Stałe Upoważnienie dla Opiekuna Prawnego

Yes/No (please circle)

Tak/Nie (prosimy zaznaczyć)

I have stored a copy at: / *Przechowuję egzemplarz w:* _____

A copy can also be obtained from: / *Egzemplarz można również otrzymać od:*

Name: / *Imię i nazwisko:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Enduring Power of Attorney

Stałe Pełnomocnictwo

Yes/No (please circle)

Tak/Nie (prosimy zaznaczyć)

I have stored a copy at: / *Przechowuję egzemplarz w:* _____

A copy can also be obtained from: / *Egzemplarz można również otrzymać od:*

Name: / *Imię i nazwisko:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Will

Testament

Yes/No (please circle)

Tak/Nie (prosimy zaznaczyć)

I have stored a copy at: / *Przechowuję egzemplarz w:* _____

A copy can also be obtained from: / *Egzemplarz można również otrzymać od:*

Name: / *Imię i nazwisko:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

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*.

Preferencje dotyczące mojej przyszłej opieki

*Oto moje preferencje w odniesieniu do mojej przyszłej opieki.
Prosimy zapoznać się z Przewodnikiem Pacjenta w Planowaniu Opieki z Wyprzedzeniem.*

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.

Inne wyniki rozmowy na temat Planowania Opieki z Wyprzedzeniem:

Na przykład, być może rozważyłeś wypełnienie innych istotnych dokumentów prawnych, takich, jak Poleceniu Zdrowotnym z Wyprzedzeniem lub Stałe Upoważnienie dla Opiekuna Prawnego, lub też mogłeś się zdecydować zostać dawcą organów.

Outcome / Wynik	Description / Opis

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

Jeżeli straciłem zdolność, lub zbliżam się do końca życia, chciałbym korzystać z opieki, gdzie jest to praktyczne i odpowiednie:

Initial the option you prefer: / *Zaparafuj preferowaną przez siebie opcję:*

- In my usual home: / *W moim domu:* _____
- At a family member's home: / *W domu członka rodziny:* _____
- At a hospice or palliative care unit / *W hospicjum lub na oddziale opieki paliatywnej*
- In hospital / *W szpitalu*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Poza miastem (dla Aborygenów i Mieszkańców Cieśniny Torresa)*
- At another place: / *W innym miejscu:* _____

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.

Chciałbym pozostawić następujące wiadomości

Na przykład: Jestem opiekunem mojego partnera/członka rodziny, lub chciałbym, żeby następująca osoba zaopiekowała się moim zwierzęciem domowym, lub chciałbym, żeby konkretna piosenka została grana dla mnie, lub chciałbym otrzymać określoną uzupełniającą terapię, lub chciałbym, by moja rodzina respektowała moje preferencje bycia dawcą organów, lub podobne.

Signed: / *Podpis:* _____ Date: / *Data:* ____ / ____ / ____

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

Dokument ten może być dostępny w alternatywnych formatach na prośbę osoby niepełnosprawnej.

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.