



XY000240

My Advance Care Plan (Please Complete in English)

Plan moje buduće njege (Molimo ispunite na engleskom)

Last name: / *Prezime:* _____

First name: / *Ime:* _____ Date of birth / *Datum rođenja* ____ / ____ / ____

Address: / *Adresa:* _____

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:

'Plan moje buduće njege' je zapis diskusije o planiranju Vaše njege unaprijed i način da onima koji se brinu o Vama date do znanja koje su Vaše želje. Vaše želje se ne moraju nužno odnositi na zdravlje, ali će one biti vodič zdravstvenim djelatnicima koji vode brigu o Vama, Vašem Trajnom skrbniku i/ili obitelji o tome kako Vi želite da se postupa s Vama uključujući i bilo koje posebne zahtjeve ili poruke.

Molimo upamtite: Ako biste htjeli donijeti odluke o svom liječenju koje će biti zakonski obvezujuće, preporuča se da ih zapišete na obrascu Direktive o budućoj zdravstvenoj njezi (Advance Health Directive). Možda biste također trebali razmisliti i o imenovanju svog Trajnog skrbnika (Enduring Guardian) koji bi u Vaše ime donosio/la odluke osobne prirode, o Vašem načinu života kao i o liječenju. Pogledajte Vodič za više pojedinosti.

Dao/la sam primjerak Plana moje buduće njege sljedećim osobama:

Full name / <i>Ime i prezime</i>	Telephone / <i>Telefon</i>	Mobile / <i>Mobitel</i>	Relationship to me / <i>Srodstvo sa mnom</i>

I have completed one or more of the following:
Ispunio/la sam jedno ili više od sljedećeg:

Advance Health Directive
Direktive o budućoj zdravstvenoj njezi

Yes/No (please circle)
Da/Ne (molimo zaokružite)

I have stored a copy at: / *Jedan primjerak čuvam u:* _____

A copy can also be obtained from: / *Jedan primjerak se također može dobiti od:*

Name: / *Ime i prezime:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Enduring Power of Guardianship
Trajno skrbništvo

Yes/No (please circle)
Da/Ne (molimo zaokružite)

I have stored a copy at: / *Jedan primjerak čuvam u:* _____

A copy can also be obtained from: / *Jedan primjerak se također može dobiti od:*

Name: / *Ime i prezime:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Enduring Power of Attorney
Trajna punomoć

Yes/No (please circle)
Da/Ne (molimo zaokružite)

I have stored a copy at: / *Jedan primjerak čuvam u:* _____

A copy can also be obtained from: / *Jedan primjerak se također može dobiti od:*

Name: / *Ime i prezime:* _____

Telephone: / *Telefon:* _____

Will
Oporuka

Yes/No (please circle)
Da/Ne (molimo zaokružite)

I have stored a copy at: / *Jedan primjerak čuvam u:* _____

A copy can also be obtained from: / *Jedan primjerak se također može dobiti od:*

Name: / *Ime i prezime:* _____

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*.

Moje želje za moju buduću njegu

Ovo su moje želje u vezi moje buduće njege. Molimo pogledajte Vodič za planiranje njege unaprijed za pacijente.

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.

Drugi ishodi proizašli iz razgovora o Planiranju njege unaprijed.

Na primjer, možda ste odlučili ispuniti druge relevantne pravne dokumente kao što su Direktive o budućoj zdravstvenoj njezi ili Trajno skrbništvo ili ste možda odlučili biti darovatelj/ica organa.

Outcome / Ishod	Description / Opis

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

Ako budem izgubio/la sposobnost ili sam pri kraju svog života, a gdje to bude praktično i odgovarajuće, volio/voljela bih da se o meni skrbi:

Initial the option you prefer: / *Stavite svoje inicijale na onu opciju koju preferirate:*

- In my usual home: / *U mom domu:* _____
- At a family member's home: / *U domu člana moje obitelji:* _____
- At a hospice or palliative care unit / *U hospiciju ili odjelu za palijativnu njegu*
- In hospital / *U bolnici*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Na selu (za Aboriđine ili otočane Torres tjesnaca)*
- At another place: / *Na nekom drugom mjestu:* _____

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.

Htio/htjela bih ostaviti sljedeće poruke

Na primjer: Ja se skrbim o svom partneru/članu obitelji ili želio/željela bih da se sljedeća osoba brine o mojem kućnom ljubimcu, ili htio/htjela bih da mi se svira neka određena pjesma ili da se koristi određena komplementarna terapija ili želim da moja obitelj poštuje moju želju da darujem svoje organe.

Signed: / *Potpis:* _____ Date: / *Datum:* ____ / ____ / ____

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.
Ovaj se dokument može na zahtjev napraviti i u drugim formatima za osobe s invaliditetom.

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.