



CFM

Compassionate Family Medicine

कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिशिन
स्वास्थ्य स्याहार प्रोक्सि

“(म _____

क्त गर्छु।

नियु

(नाम, घरको ठेगाना र टेलिफोन नं.)

मैले उल्लेख नगरेको खण्डमा मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले मेरो स्वास्थ्यबारे सबै निर्णय गर्नेछन्। यसमा अप्राकृतिक पोषण र पानी दिने जस्ता निर्णय पनि समावेश छन्। मैले आफ्नो स्वास्थ्यबारे निर्णय गर्न नसक्ने स्थिति आउँदा वा आएमा यस प्रोक्सिले काम गर्नेछ।

(२) वैकल्पिक निर्देशनहरू: तल उल्लेख गरिए अनुरूपै मेरो इच्छा र सिमिततालाई ध्यान दिएर मेरो स्वास्थ्य प्रतिनिधिले तिनलाई थाह नभएको खण्डमा मेरो स्वास्थ्य स्याहारको लागि निर्णय गर्नेछ।
(आवश्यकतापरेमायोथपपृष्ठसँगै राख्नुहोस्।)

जब सम्म तपाईंको प्रतिनिधिले कृत्रिम पोषण र पानी (पाइप बाट खुवाउने) दिन सन्दर्भमा तपाईंको इच्छा थाहा पाएको हुन्छ यस्तो अवस्थामा कृत्रिम पोषण र पानी दिनेबारे निर्णय गर्ने अधिकार उसलाई दिइएको हुँदैन।

(३) माथि उल्लेख गरिएको प्रतिनिधिले गर्न नसक्दा, इच्छा नगर्दा, उपस्थित नहुँदा अर्को सहयोगी एजेन्टको नाम।

(नाम, घरको ठेगाना र फोन नम्बर)

(४) मैले रद्द नगरेसम्म वा निम्न मितिसम्म वा तल दिइएको अवस्था आइपर्दासम्म यस प्रोक्सिले सदाका लागि काम गर्नेछ। यो प्रोक्सि समाप्त हुन्छ (तोकेको मिति वा अवस्था, इच्छा भएमा):

(५) हस्ताक्षर _____ मिति: _____

ठेगाना _____

साक्षीको बयान (१८ वर्ष वा सोभन्दा माथिको हुनुपर्छ)

यस कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई म व्यक्तिगत रूपमा चिन्छु र मानसिक तवरमा ठीक ठाक भएको र आफ्नो इच्छाअनुसार गर्दै छुन् भनेर घोषणा गर्छु तिनले मेरो उपस्थितिमा यस कागजातमा हस्ताक्षर (वा तिनको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्नको लागि अरूलाई आग्रह गरेका हुन्) गरेका हुन्।

साक्षी १: _____

ठेगाना: _____

साक्षी २: _____

ठेगाना: _____