

Filozofická fakulta Univerzity Palackého

Katedra anglistiky a amerikanistiky

**Dokumenty typu living will, advance directives v angličtině a
češtině**

Bakalářská práce

2024

Matěj Jaborník

Dokumenty typu living will, advance directives v angličtině a češtině

Bakalářská práce

Autor: Matěj Jaborník

Studijní obor: Angličtina se zaměřením na komunitní tlumočení a překlad – Historické vědy

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Klabal Ph.D.

Počet znaků: 73 177

Počet stran (podle znaků /1800): 40

Počet stran (podle čísel): 96

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně a uvedl úplný seznam citované a použité literatury.

V Olomouci dne 5. 5. 2024

Matěj Jaborník

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. et Mgr. Ondřeji Klabalovi Ph.D. za užitečnou metodickou pomoc a cenné rady při zpracování diplomové práce.

V Olomouci dne 5. 5. 2024

Matěj Jaborník

Abstract

This bachelor's thesis deals with an analysis of legal documents, specifically living wills, advance directives, and others of this type in English and Czech. The analysis discusses the legal context of the documents and anchorage of each of these documents in their respective legal system in selected English-speaking countries (United Kingdom, USA) and in the Czech Republic. The thesis also examines individual elements of these documents and compares them with each other. Lastly, the thesis also analyses these documents from the lexical and syntactical point of view.

Key words

Living will, advance directive, dříve vyslovená přání, legal documents

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá analýzou právních dokumentů typu *living will*, *advance directives* a jim podobných v angličtině a češtině. Tato analýza se zaměřuje na právní podstatu a ukotvení konkrétních dokumentů ve vybraných anglicky mluvících zemích (Spojené království, USA) a v České republice. Dále také zkoumá jednotlivé prvky těchto dokumentů a tyto prvky vzájemně porovnává. V neposlední řadě také tyto dokumenty analyzuje z hlediska syntaktického a lexikálního.

Klíčová slova

Living will, *advance directive*, dříve vyslovená přání, právní dokumenty

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Rozdělení a právní podstata <i>advance directives</i> a dříve vyslovených přání.....	9
	2.1 <i>Advance directives</i> a jejich rozdělení	9
	2.2 Spojené státy americké	12
	2.3 Velká Británie.....	13
	2.4 Česká republika	14
3	Etické otázky související s <i>advance directives</i>	16
	3.1 Konflikt práva a etiky	17
	3.2 Hodnoty a práva pacienta a lékaře.....	18
4	Překlad lékařských dokumentů.....	21
	4.1 Kvalita překladu či tlumočení lékařských dokumentů	21
	4.2 Časté chyby při překladu lékařských dokumentů či jejich tlumočení	24
5	Porovnání <i>advance directives</i> v jednotlivých zemích.....	26
	5.1 Porovnání jednotlivých částí a prvků <i>advance directives</i>	27
	5.2 Porovnání <i>advance directives</i> z lexikálního hlediska	31
	5.3 Porovnání <i>advance directives</i> ze syntaktického hlediska	38
6	Závěr	43
	Seznam příloh.....	45
7	Přílohy	46
8	Seznam použité literatury	93

1 Úvod

V životě mohou nastat situace, kdy je potřeba učinit velmi závažné rozhodnutí, které se týká života a smrti. Pokud se ale člověk v takové situaci ocitne zároveň upoután na nemocniční lůžko a v dočasném bezvědomí či trvalém kómatu, ve kterém toto rozhodnutí nemá možnost učinit, potřebuje využít jiných prostředků, které mu to i v tak zdánlivě beznadějném případě umožní. A přesně k tomu slouží lékařské dokumenty, které se souhrnně nazývají *advance directives*. Skrze ně může takový pacient instruovat jeho ošetřujícího lékaře nebo určit svého zástupce pro rozhodování o zdravotní péči k určení dalšího postupu léčby.

Pokud ale taková situace nastane v cizí zemi, lékaři nemají přímý přístup k pacientově záznamu a dokumentaci, tudíž případně ani k sepsanému *advance directive*, kterým by se měli dle zákona při léčebném postupu řídit. V případech, kdy je pacient stabilizovaný, si může jeho ošetřující lékař vyžádat tento dokument, který je ale sepsán v pacientově mateřském jazyce, a je tak nejprve třeba ho pro lékaře přeložit či ve vážnějších případech i přetlumočit.

Tyto právně závazné lékařské dokumenty jsou poměrně běžné v medicínském prostředí v anglicky mluvících zemích. V České republice se tento dokument nejčastěji označuje jako „dříve vyslovené přání“. Zde se s ním ale setkáváme méně často než v USA nebo Velké Británii (Císařová, 2010, s. 11). Ačkoliv jsou všechny tyto dokumenty určené ke stejnému účelu, tedy pro případ, kdy pacient není schopen z jakéhokoliv důvodu činit rozhodnutí o své léčbě sám za sebe, nejsou tyto dokumenty shodné ani ve formě nevyplněných formulářů a liší se v mnohých bodech svého znění.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V té první se věnuje rozdělení a definici *advance directives* a jejich právní podstatě a ukotvení v jednotlivých zemích uvedených v anotaci. Dále se zabývá etickými otázkami spojenými s využitím těchto dokumentů v případech, kdy v nich pacient uvede přání nepokračovat v léčbě, či dokonce ukončit svůj život pro možné situace, kdy se jeho zdravotní stav již nebude moci zlepšit. V neposlední řadě je v teoretické části také probíráno téma překladu a tlumočení lékařských dokumentů s důrazem na překlad *advance directives* a jeho kvalitu, ale také nejčastější chyby, které odborníci při překladu či tlumočení lékařských dokumentů činí.

V praktické části je na vybraných vzorových dokumentech z výše uvedených zemí nebo států provedeno porovnání jejich jednotlivých částí a prvků, a také celkově na syntaktické a lexikální rovině. Tato porovnání jsou provedena nejprve mezi dvěma vzorovými formuláři ve stejné zemi (Česká republika či USA), které mají také mnohé podstatné odlišnosti a poté bude provedeno porovnání dvou a více vzorových dokumentů v různých zemích (ČR, USA a Velká Británie).

2 Rozdělení a právní podstata *advance directives* a dříve vyslovených přání

V USA se první forma těchto dokumentů objevila již v 30. letech 20. století, kdy tento koncept navrhl Luis Kutner. Ale až v roce 1967 byla založena instituce s názvem *Concern for Dying*, která se zabývala otázkou těžce nemocných či raněných lidí, kteří nebyli ve stavu umožňujícím rozhodovat o své léčbě. Touto první formou byl tzv. *living will*, jenž měl pacientovi umožnit vytvořit dokument, do kterého může zanést přání ohledně své budoucí léčby v případě jeho nezpůsobilosti. První uzákonění *living wills* pak proběhlo v roce 1976 ve státě Kalifornie. Za dalších deset let byly tyto dokumenty uzákoněny již ve $\frac{3}{4}$ všech států USA (Steinle, 1992, s. 438).

Ve Velké Británii se *advance directives* začaly využívat zhruba ve stejné době, tedy v 70. letech 20. století. V následujícím desetiletí se těmto dokumentům začala věnovat velká řada státních i soukromých společností, jako například *Age Concern England*, která jejich využívání podporovala. *British Medical Association* vydala na počátku 90. let prohlášení, ve kterém se postavila proti *advance directives*, jenž by měly být právně závazné (Lush, 1993, s. 276).

Česká republika začala dříve vyslovená přání využívat až od roku 2001. Již v roce 1998 podepsala mezinárodní Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která byla následně ratifikována prezidentem v roce 2001, čímž vstoupila v platnost. Článkem č. 9 této úmluvy se Česká republika zavázala „brát zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ (Česko, 2001, s. 3).

2.1 *Advance directives* a jejich rozdělení

Dokumenty zvané *advance directives* zahrnují několik typů právních dokumentů, které se v oblasti medicíny používají v případech, kdy pacient nemůže z různých důvodů rozhodovat o své léčbě. Nejprve se dělí na orální a písemné, ačkoliv první jmenovaný typ se vyskytuje velmi zřídka, jelikož se ještě donedávna vedly právní spory o jeho využitelnosti. Ve většině států USA je již tento způsob projevení přání legální, přesto vyžaduje několik podmínek, mezi něž patří například to, že musí být zaneseno v jeho

lékařském záznamu a musí při jeho pronesení být přítomen svědek a ošetřující lékař (Palacio, 2015, s. 11).

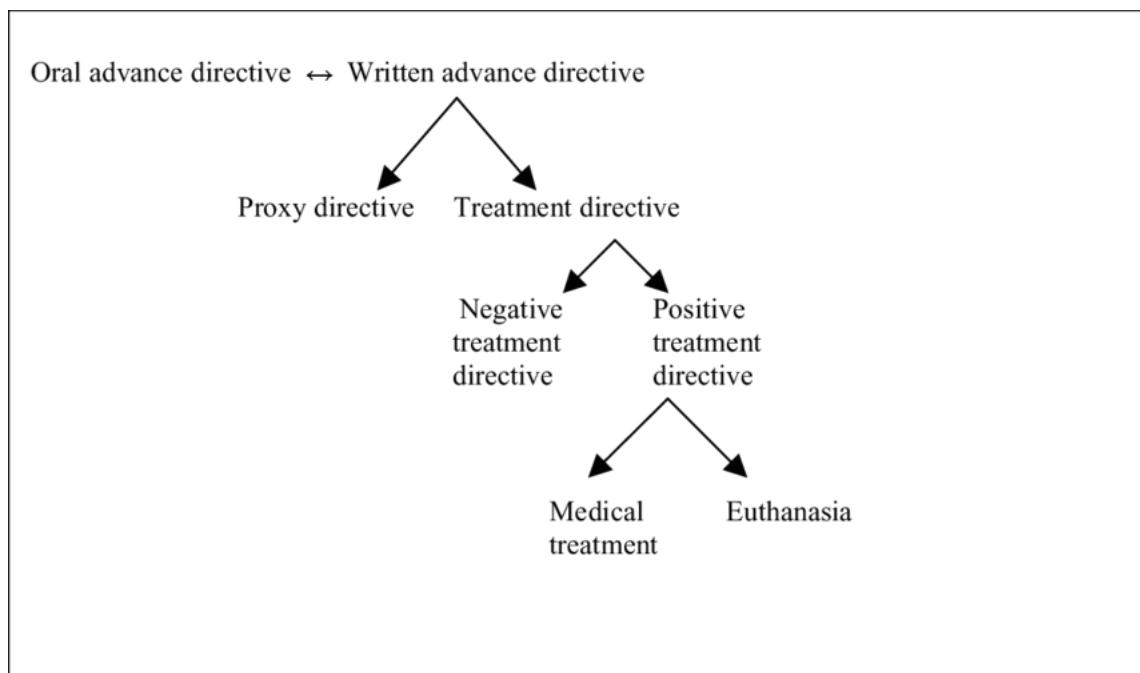
Písemné dokumenty se na rozdíl od těch orálních vyskytují mnohem častěji. Prvním z nich je tzv. *instruction directive* nebo také *treatment directive*, který je obecně znám pod názvem *living will*. První z jeho typů, jehož prostřednictvím si pacient přeje s léčbou nepokračovat, se nazývá *negative treatment directive* a jeho definice zní následovně: „Pokud nemá osoba, které se dokument přímo týká, dostatečnou mentální kapacitu, schopnost jednat sama za sebe a rozhodovat o léčebném postupu a je současně nevléčitelně nemocná či trvale v kómatu, jakýkoliv další lékařský postup ve snaze o udržení pacienta naživu nebo prodloužení procesu umírání musí být zastaven.“¹ (Lush, 1993, s. 274).

Living will ale existuje i v opačném znění, respektive pro případy, kdy pacient chce být ve výše zmíněných podmínkách udržován naživu dokud existuje šance na úplné vyléčení nebo si přeje vykonat eutanázii. Tento druhý typ se nejčastěji označuje jako *positive treatment directive*, jelikož v obou případech pacient vyžaduje další lékařskou asistenci. Můžeme ho dle pacientova přání dále dělit ještě na *medical treatment a euthanasia*. Z právního hlediska jde v obou těchto případech o právo na sebeurčení, které by měl dospělý člověk se zdravým rozumem v každém momentu života mít (Lush, 1993, s. 274). To znamená i v případech, kdy ze zdravotního důvodu toto právo nemůže vědomě uplatnit.

V případech, kdy je pacient ze zdravotního hlediska prohlášen nezpůsobilým o sobě a své léčbě rozhodovat, například z důvodu mentálního postižení nebo podobných příčin, jakýkoliv z těchto dokumentů nelze při určování dalšího léčebného postupu využít. Za pacienta pak rozhodnutí činí vrchní soud, který by měl rozhodnout v nejlepším zájmu pacienta. Vyhodnocování toho, co je pro něj nejlepší, je ale v mnoha případech z hlediska objektivit těžko proveditelné. Dle Lushe se toto soudní rozhodování dostává do konfliktu s dalším lidským právem, a to být respektován, které dle něj má každý člověk, a tedy i pacient, který k rozhodování není způsobilý. (Lush, 1993, s. 274).

¹ Pokud není uvedeno jinak, všechny citace v uvozovkách z anglických zdrojů byly přeloženy autorem této práce.

Druhý typ písemné *advance directive* je tzv. *proxy directive*, jenž na rozdíl od *instruction directive* nepopisuje přímo rozhodnutí či volbu pacienta, ale předává právo rozhodovat o jeho další léčbě jiné osobě, resp. zákonnému zástupci. Tyto dokumenty mají v různých anglicky mluvících zemích vícero pojmenování. Můžeme se setkat například s pojmy *a lasting power of attorney*, *DPA (durable power of attorney)*, *health care decision maker* a *health care proxy* (Císařová, 2010, s. 11, 47). Daná osoba následně může v případě, že je pacient v kómatu nebo umělém spánku a zároveň není možné čekat na jeho probuzení, činit rozhodnutí o jeho léčebném postupu (Lush, 1993, s. 274). Na následujícím diagramu můžeme vidět podrobnější rozdělení *advance directives*:



Obrázek 1 - Rozdělení *advance directives* (Boer, 2009)

Ve zdravotnickém prostředí České republiky se využívají dokumenty, které nazýváme nejčastěji dříve vyslovená přání či dříve projevená přání. Na počátku jejich vstupu v platnost v 10. letech tohoto století ještě tzv. *proxy directives* běžně neexistovaly, ačkoliv to umožňoval zákon již od samého začátku (Císařová, 2011, s. 61).

2.2 Spojené státy americké

V USA, stejně jako ve většině vyvinutých zemí, existují výše zmíněné dva typy *advance directives*, tedy *instruction directive* jakožto přímé přání pacienta a *proxy directives*, které udělují dočasně plnou moc, a tedy právo rozhodovat o další léčbě pacienta osobě, jež je pacientem v tomto dokumentu určena (Steinle, 1992, s. 439).

Rich uvádí, že v USA je toto dříve zmíněné právo na sebeurčení každého člověka určeno již v Deklaraci nezávislosti Spojených států amerických, jelikož v té jsou uvedena práva na život, svobodu, a dokonce i hledání štěstí. To doplňuje ještě čtrnáctý dodatek ústavy, který říká, že žádný stát USA nemá právo odeprít svému občanovi tato tři práva. (Rich, 2004, s. 421). Všechna tato práva se s rozhodováním o léčbě pacienta velmi úzce pojí, protože pokud nastane kupříkladu situace, kdy má tento pacient již velmi malou či nulovou šanci na uzdravení, tak by si nejspíše přál, aby dále jeho rodina a blízcí kvůli němu netrpěli. *Advance directive* je pro pacienta pak jedinou cestou, jak tato práva využít.

Legislativa týkající se *advance directives* v USA zahrnuje několik různých podmínek, které při vykonávání tohoto dokumentu musí být splněny. Základním předpokladem platnosti jakéhokoliv typu *advance directive* je plnoletost jejího autora. Mezi další předpoklady patří například to, že přání pacienta uvedené v takovém dokumentu musí být v jeho lékařském záznamu. Určují také postup ošetřujícího lékaře v případě, že odmítne rozhodnutí pacienta dle tohoto dokumentu respektovat. V takovém případě musí buďto pacientovi zajistit jiného lékaře, který by toto rozhodnutí respektoval, nebo v krajním případě i převoz do jiné nemocnice (Steinle, 1992, s. 440-441).

Lush uvádí, že zákony týkající se *living wills*, tedy *instruction directives*, se liší v každém státě USA. Přesto existuje federální zákon, který je od přelomu 80. a 90. let do jisté míry sjednocuje. Po několika sporných soudních sporech musel být vytvořen systém, jenž vyžadoval jasné a přesvědčivé důkazy o tom, že pacient si přeje být udržován na živu i za pomoci přístrojů nebo dalších prostředků. V roce 1990 proto vznikl zákon o sebeurčení pacientů, jenž navíc zavedl povinnost všech zdravotnických zařízení včetně domovů pro seniory a hospiců informovat své pacienty o možnosti vytvoření a pozitivěch *living will* (Lush, 1993, s. 275).

Použití *proxy directives* v medicinském a právním prostředí USA velmi často naráží na problémy, přeje-li si osoba pověřená pacientem v tomto dokumentu nepokračování

v léčbě. Jedná se zejména o dohady, zdali tato osoba zná hodnoty a priority pacienta na dostatečné úrovni, aby o jeho ukončení života mohla skutečně rozhodnout. V americké jurisdikci pro tyto případy existuje test, který vyhodnocuje, jestli je toto rozhodnutí skutečně v pacientově nejlepším zájmu. Alternativním přístupem je využití tzv. *substituted judgement*, tedy proces, při kterém musí pověřená osoba před soudem dokázat, že by si pacient skutečně v dané situaci přál ukončit život (Rich, 2004, s. 422).

2.3 Velká Británie

Velká Británie v současnosti využívá obou typů *advance directives*, tedy tzv. *living wills* i *proxy directives*. Od americké úpravy těchto dokumentů se ale v několika aspektech liší, a to zejména v konceptualitě a terminologii (Císařová, 2010, s. 47). Spojené království Velké Británie je tvořeno čtyřmi zeměmi (Anglie, Wales, Skotsko a Severní Irsko), ale existují zde tři oddělené právní komise, které mají za úkol kontrolovat a reformovat zákony v daných zemích. Tato práce se bude věnovat pouze právní podstatě v Anglii a Walesu.

Advance directives se v právním prostředí Anglie a Walesu dělí na tzv. *advance decisions*, tedy britský ekvivalent k *living wills* a tzv. *a lasting power of attorney*, což je v americkém systému *proxy directive*. Obě tyto formy jsou v právním řádu Anglie a Walesu zakotveny v *Mental Capacity Act* z roku 2005 (Císařová, 2010, s. 47). Do té doby byla rozhodnutí o pacientově léčbě činěna na základě britské judikatury, která pacientovo přání odsouhlasila za těchto podmínek:

- 1) Pacient musí být v době projevení přání způsobilý k rozhodování.
- 2) Pacient musí být do plné míry informován o povaze a následcích požadované léčby (či jejího odmítnutí).
- 3) Pacient musí být obeznámen s možnými okolnostmi, které při nebo po této léčbě mohou nastat (či po jejím odmítnutí).
- 4) Pacient nesmí v době projevení přání být nijak nepatřičně ovlivňován.

V případě, že alespoň jedna podmínka nebyla splněna, na pacientovo přání nemohl být brán zřetel (Kessel a Meran, 1998, s. 1263).

Forma *a lasting power of attorney* je v tomto prostředí velmi flexibilním opatřením, jelikož dává pověřené osobě úplné právo, ale i povinnost o pacientovi rozhodovat v otázce jeho další léčby. Zároveň je tím i tato osoba plně kryta z pohledu možných

předpokládaných i nepředpokládaných okolností, které v průběhu léčby pacienta mohou nastat. V praxi se ale tento dokument využívá velmi zřídka, zejména proto, že taková bezvýhradná důvěra, kterou si toto pověření vyžaduje, v naprosté většině případů neexistuje (Brazier a Cave, 2016, s. 178-179).

Naopak *advance decisions* jsou využívány mnohem častěji, a to jednoduše z toho důvodu, že člověk může učinit rozhodnutí o případné léčbě sám za sebe. V Anglii a Walesu je ale znění těchto dokumentů velmi přísně definované. Pacient v tomto dokumentu musí uvést přesně specifikovaný postup léčby v přesně specifikované situaci. Vezměme si tento příklad: Pacient je úspěšně vyléčen z rakoviny mozku, ale lékaři mu sdělí, že existuje 20% šance na opakování této nemoci. Rozhodne se proto, že sepíše *advance decision*, kde uvede, že v případě zástavy srdce nemá být resuscitován a také v případě rozvinutí infekce mu nemají být podány antibiotika. Nyní se může stát to, že se rakovina vrátí a pacient může začít krváčet do mozku nebo také to, že se rakovina nevrátí, ale tato osoba utrpí vážné zranění mozku v důsledku autonehody a je nyní indisponována. Dříve sepsaný *advance decision* se ani k jednomu z těchto dvou scénářů nevztahuje a je tak nemožné ho ani v jednom z nich vůbec využít (Brazier a Cave, 2016, s. 177).

2.4 Česká republika

Advance directives se do českého prostředí dostaly až o několik desetiletí později než do západní Evropy. Po roce 2001, kdy byla v České republice ratifikována Úmluva o lidských právech a biomedicině (dále jen Úmluva), trvalo dalších deset let, než proběhlo zanesení dříve vyslovených přání (jak byly následně tyto dokumenty pojmenovány) do Ústavy ČR. Konkrétně se jedná o § 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Císařová, 2010, s. 11)². Tento zákon je v účinnosti dodnes.

Zavedení vhodného pojmu pro tyto dokumenty se v jeho počátcích v České republice setkala s několika úskalími. Na úplném začátku se kupříkladu pro *living will* užívalo termínu „pacientova závěť“, což ale kvůli zjevné nejasnosti muselo být rychle pozměněno. Jelikož výše zmíněná Úmluva definovala pouze tento první typ *advance*

² pozn.: Citovaná publikace hovoří o projednávání návrhu zákona, který rok po jejím vydání vešel v platnost.

directive, řešilo se pouze jeho pojmenování. Další návrhy byly například „poslední pořízení vyjadřované předem“ či „předběžné stanovisko pacienta k druhu poskytované péče“. Pro zjednodušení se v některých případech využívalo i zkratk NR – DNR, tedy neresuscitovat – Do Not Resuscitate (Matějek, 2011, s. 16).

Nakonec byl všeobecně přijat překlad anglického termínu *expressed wishes*, jenž se poprvé objevil v překladu Úmluvy. Oficiálním překladem do češtiny tedy bylo dříve vyslovené přání, ačkoliv Matějek s ním nesouhlasí. Odůvodňuje to tím, že anglické sloveso *to express* znamená v češtině *vyjádřit se*, což není ekvivalentní k pojmu *vyslovit se*, který je v názvu tohoto dokumentu použit. Nabízí proto variantu dříve projevená přání, jelikož dle něj sloveso *projevit se* je prvnímu zmíněnému mnohem bližší. Zároveň argumentuje tím, že toto sloveso zachycuje širší škálu významů, zejména proto, že *vyslovení se* z podstaty znamená pouze řečové pronesení pacientova přání (Matějek, 2011, s. 16-17).

Dříve vyslovená přání tedy nejprve zahrnovala pouze tzv. *living will* a v České republice neexistoval jiný typ tohoto dokumentu, který by zplnomocňoval jinou, resp. blízkou osobu, která by za pacienta činila rozhodnutí v případě jeho indispozice. Právní řád České republiky výslovně zástupce pro rozhodování v oblasti zdravotní péče, kterého by si pacient zvolil sám, do roku 2011 neznal (Císařová, 2011, s. 61). Zákon č. 372/2011 Sb. se ale již v dnešním znění (§ 33-34) zmiňuje o možnosti pacienta určit osobu, jenž by v případě jeho indispozice mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. § 38 zákona č. 89/2012 pak udává, že člověk v očekávání vlastní nezpůsobilosti může pověřit jinou osobu, aby ho spravovala místo něj. I dodnes ale formulář pro sepsání dříve vysloveného přání vytvořený Ministerstvem zdravotnictví ČR obsahuje pouze možnost uvést vlastní přání, a nikoliv již pověřit jinou osobu rozhodováním o další léčbě (viz Příloha 1).

3 Etické otázky související s *advance directives*

Ačkoliv etické otázky související s *advance directives* nesouvisí přímo s jazykovou stránkou těchto dokumentů, mohou v mnoha případech být podstatné při procesu pochopení jejich obsahu a zasazení do celkového kontextu pacientova přání, což překladateli může pomoci k dosažení co nejkvalitnějšího překladu.

Již od 70. let minulého století, kdy se *advance directives* v USA a Velké Británii začaly využívat, se tato přání pacientů setkávala s etickými i právními problémy, které často vedly k soudním sporům. Nejznámějšími jsou případy Karen Ann Quinlan a Nancy Cruzan, jenž byly základními kameny pro vytvoření právní podstaty a uzákonění *advance directives* v USA (Císařová, 2010, s. 11-12).

Případ Karen Ann Quinlan se udál v roce 1975 ve státě New Jersey. Tehdy jednadvacetiletá Karen v důsledku kombinace alkoholu a drog upadla do bezvědomí, v němž přestala dýchat na více než deset minut. Ačkoliv se lékařům podařilo zachránit její život, Karen zůstala ve vegetativním stavu a její šance na probuzení byla nulová. Její rodiče se rozhodli nechat ji odpojit od respirátoru, přičemž její lékaři s tímto rozhodnutím nesouhlasili, což vedlo k soudním sporům. Soudní rozhodnutí přiznalo právo rodičů rozhodnout o léčbě své dcery, a to zejména proto, že soud musel uznat skutečnost, že rodiče znají svoji dceru nejlépe, a tedy i nejlépe vědí, co by si v takové situaci přála (Císařová, 2010, s. 12).

Druhý případ se stal v roce 1983 ve státě Missouri. Pětadvacetiletá Nancy Cruzan měla vážnou autonehodu, při které zůstala v bezvědomí s hlavou pod vodou a zhruba deset minut nedýchala. Stejně jako u předchozího případu jí lékaři zachránili život, ale neměla šanci na obnovu vyšších mozkových funkcí. Její rodina si přála, aby byla odpojena od přístrojů, které ji udržovaly při životě, ale lékaři s tímto postupem nesouhlasili a argumentovali tím, že Nancy není v terminálním stadiu. Proto započaly soudní spory, které skončily až o sedm let později, kdy s pomocí několika svědků, kteří uvedli, že jim údajně Nancy dříve sdělila, že by v takovém stavu rozhodně nechtěla být uměle udržována naživu, soud rozhodl v prospěch její rodiny a Nancy byla v roce 1990 od přístrojů odpojena a následně zemřela (Steinle, 1992, s. 454).

Jelikož se *advance directives* vztahují k rozhodování o životě a smrti, vyvolávají přirozeně velké neshody mezi jejich příznivci a odpůrci. Podobně to můžeme pozorovat

například u problematiky eutanázie, tedy jednoho ze dvou typů asistované smrti. Obě tato témata jsou velmi úzce spojena, protože v zemích, kde je alespoň pasivní eutanázie legální, je možné k ní přistoupit skrze *advance directive*. Zde je ale třeba rozlišovat mezi zabitím a „ponecháním zemřít“ (Matějek, 2011, s. 96). Hlavní otázkou, kterou se etika v tomto ohledu zabývá, je to, zda má člověk právo rozhodovat o svém životě do takové míry, že ho může v případě nevléčitelné nemoci nebo trvalého bezvědomí dobrovolně s odbornou pomocí ukončit.

Etika se navíc zabývá i případy, kdy pacient, který není ve stavu, ve kterém by byl schopný o sobě rozhodovat, zanele své rozhodnutí do dříve vysloveného přání na základě své víry nebo svých hodnot. Jelikož takové jednání právní systémy všech zemí probíraných v této práci dovolují, tak lékař musí buďto jednat dle pacientova přání nebo mu zajistit jiného lékaře, který k takovému jednání svolí (Matějek, 2011, s. 130).

3.1 Konflikt práva a etiky

Lékaři se v praxi setkávají s mnohými etickými otázkami a jednou z nich jsou i *advance directives*. Pacient, který je při vědomí a je schopen o sobě rozhodovat, má právo na základě svých přání určit další léčebný postup. Zachování této autonomie či sebeurčení člověka a pacienta je základním předpokladem podpory využívání *advance directives* v případech, kdy tento pacient není ve stavu, ve kterém by mohl o své léčbě rozhodovat. Toto právo lze vyjádřit následovně: „Respektovat autonomně jednajícího člověka znamená uznat jeho právo, zastávat názory, volit a jednat podle osobních hodnot a jeho osobního přesvědčení.“ (Matějek, 2011, s. 23).

Mezi nejčastější etické a právní otázky týkající se dříve vyslovených přání lze zařadit následující:

- 1) právní problémy související s formou dříve vysloveného přání
- 2) problém tzv. prospektivní autonomie
- 3) problém konfliktu mezi zájmy „dříve kompetentního já“ a „současného nekompetentního já“

Problém 1) je nejčastěji probíraným tématem při uznávání dříve vyslovených přání. Jedná se zejména o to, do jaké míry je sepsaný dokument specifický (resp. obecný) ohledně léčby požadované pacientem. Výše zmíněný příklad Velké Británie tuto problematiku reflektuje s poměrně velkou přesností. Ačkoliv je možné uplatnit dříve vyslovené přání

v jiné zemi, než ve které bylo sepsáno, požadovaná specifická nemusí být v cílové zemi dostatečná a na pacientovo přání nebude brán zřetel. Stejně tak může nastat opačná situace, kdy je konkretizace pro lékaře přílišná. S tímto problémem se dále pojí otázka aplikovatelnosti pacientových přání, respektive otázka určení kompetentnosti pacienta, která se může v různých případech lišit (Doležal a Doležal, 2023, s. 263-264).

V České republice je striktnost vyplňování dříve vyslovených přání také poměrně velká. Je otázkou, zda tato přísnost určená zákonodárcem má skutečně více pozitivní než negativní vliv na autonomii člověka, jenž uplatňuje toto právo na sebeurčení. V českém prostředí je bod 1) poměrně častým jevem, právě kvůli nastavení požadované konkrétnosti. Zákonná úprava nařizuje lékařům pevně a doslovně se držet znění tohoto dokumentu, takže ačkoliv může pacientovo přání být připraveno velmi důkladně, sebemenší detail může znamenat pro nastalou situaci nevyužitelnost dokumentu (Doležal a Doležal, 2023, s. 264).

Nejvýraznější kontrast v tomto ohledu vytváří požadavek státnosti, jenž by měl tento dokument jako psaný materiál splňovat, s dynamičností kontextů, které se v pacientově životě odehrávají. Ačkoliv přílišná míra konkretizace pacientova přání může v jeho vyhodnocení lékaři v jistých případech uškodit, dopomáhá na druhou stranu tomu, aby se zamezilo jiným interpretacím. Tyto interpretace se totiž mohou na základě kontextů pacientova života v daném momentě lišit (Matějka, 2011, s. 68-69).

Prospektivní autonomie (bod 2) se zabývá nejistým stavem pacienta v budoucnosti. Z etického hlediska není zcela jisté, zda pacient dokáže v danou chvíli správně zvážit situaci a v každém případě určit stejné východisko, jaké by určit v momentu jeho indispozice. S tím se pojí i bod 3), který se zabývá zejména tím, zdali by si pacient v nastalé situaci skutečně přál pozastavit léčbu a případně i ukončit život. Zde odpůrci *advance directives* argumentují hlavně tím, že člověk nemůže nikdy stoprocentně předem určit, jak by se rozhodl v situaci, ve které se nikdy neocítl, a ve které může být stav jeho mysli jiný, než skrze tento dokument předpokládal (Doležal a Doležal, 2023, s. 264).

3.2 Hodnoty a práva pacienta a lékaře

Kessel a Meran uvádějí základní čtyři principy, které jsou aplikovatelné na jakýkoliv medicínsko-etický problém a které by měly být udržené v rovnováze při jednání s pacientem. Prvním z nich je princip již několikrát zmíněného sebeurčení, dále pak

princip nonmaleficence (lékař pacientovi nesmí ublížit) a nakonec principy beneficence (lékař musí pacientovi činit dobro) a spravedlnosti (Kessel a Meran, 1998, s. 1265). Všechny čtyři tyto principy se skutečně dají spojovat i s problematikou *advance directives*, jelikož když lékař dbá na pacientovo přání, tak respektuje jeho právo na sebeurčení a zároveň činí z pacientova pohledu dobro. Na druhou stranu ale nonmaleficence a spravedlnost jsou v tomto ohledu již více problematickými pojmy. Pokud lékař nebude z jakéhokoliv důvodu dbát na pacientovo přání, tak lze tvrdit, že mu škodí, a tím pádem tento princip není s ostatními v rovnováze. Stejně lze argumentovat u otázky spravedlnosti, jež může každý člověk interpretovat různě, a může tedy vzniknout i rozdíl mezi pochopením spravedlnosti ze strany pacienta a jeho ošetřujícího lékaře.

Podstatnou složkou etických otázek spojovaných s *advance directives* jsou i samotné vnitřní hodnoty a přesvědčení pacienta, na něž by měl být brán zřetel. Dle provedené analýzy (Hechter a kol., 1999, s. 409) existují čtyři základní dělení těchto hodnot:

- 1) hédonické hodnoty – bolest, averzivní fyzické stavy, minimální šance na uzdravení
- 2) hodnoty sebepojetí – důstojnost, sebeurčení
- 3) alocentrické hodnoty – vytváření tlaku a emočního břemene na rodinu a blízké
- 4) finanční aspekty – ohled na případné náklady, které by s požadovanou léčbou (či jejím odmítnutím) byly spojené

Těmito body se ale neřídí pouze pacient při sepisování svého dříve vysloveného přání. Také lékaři musí v každém případě pomýšlet na uvedené podmínky další léčby v tomto dokumentu s ohledem na současné možnosti medicíny. Pokud je například pacient velmi citlivý na bolest a jeho případný stav by znamenal nesnesitelnou bolest, tak tuto podmínku do svého dokumentu uvede (Hechter a kol., 1999, s. 409). Je ale možné, že tato situace nastane až za velmi dlouhou dobu a možnosti jeho léčby již pokročily tak, že by bolest byla snesitelná nebo žádná. V přesně takových případech je otázka postupování dle pokynů pacienta velmi těžko řešitelná.

Pokrok ve vytváření technologií v oblasti medicíny je dalším tématem diskuze při řešení etické otázky *advance directives*. S vývojem technologií, které stále lépe dokážou pacienta udržet naživu i v kritických situacích, se počet lidí, kteří mají nárok na využití *advance directives*, rapidně zvýšil (Hechter a kol., 1999, s. 407-408). V důsledku tohoto pokroku se naskytuje problematika řešení situací s jinými podmínkami, než ve kterých

bylo dříve vyslovené přání sepsáno. Současné zákony USA, Velké Británie i Česka stále nařizují lékařům, aby se řídili zněním *advance directives*, pokud to situace dovoluje. To pak platí i v případech, kdy již existuje technologie, kterou sepsaný dokument nebral v potaz kvůli její neexistenci. V krajních případech ale lze přejít k řešení této situace skrze soud.

4 Překlad lékařských dokumentů

Lékařské dokumenty, mezi něž můžeme zařadit například *advance directives*, informované souhlasy či lékařské záznamy pacientů, jsou podstatným aspektem fungování lékařských i nelékařských zdravotnických povolání (zdravotní sestra a jiné). Kromě jejich běžného využívání pro pacienty-občany dané země mohou ale v životě nastat případy, kdy se osoba v cizí zemi ocitne v situaci, ve které u ní nastanou zdravotní potíže, například z důvodu nehody či jiného úrazu. V těchto situacích mohou pak tyto dokumenty hrát pro pacientovu léčbu důležitou roli, protože lékař potřebuje znát nejen pacientova přání, ale také případné intolerance na určité léky, či dokonce celkovou historii pacienta. V drtivé většině případů jsou *advance directives* napsány v pacientově rodném jazyce a uloženy ve složce s jeho lékařským záznamem. Ošetřující lékař tohoto pacienta by proto měl zjistit, jestli takové dokumenty existují a případně si je od praktického lékaře pacienta vyžádat, aby dle jejich pokynů mohl pokračovat v léčbě.

Samotný překlad lékařských dokumentů ale nezískává tolik pozornosti, kolik si ve skutečnosti vyžaduje, přestože je podstatnou pomůckou v procesu předávání zásadních informací lékařům a jiným nelékařským zdravotníkům. Stejně jako to bylo u samotného procesu vytváření *advance directives* v 70. letech minulého století, až zásadní případy nesrovnalostí či pochybení vedly ke změnám v ohledu překladu těchto dokumentů. Jedním z takových případů byl Willie Ramirez, který byl převezen do nemocnice na Floridě v kómatu a jeho rodina lékařům španělsky sdělila, že je *intoxicado*, což znamená, že pozřel jed, zatímco překladatel toto špatně přeložil do angličtiny jako *intoxicated*, což by znamenalo, že se předávkoval. Toto pochybení vedlo až k tomu, že Ramirezovi nebyla včas podána potřebná léčba a stal se kvůli tomu kvadruplegikem (Price-Wise, 2008, s. 1). Tato dvě slova, ačkoliv znějí velmi podobně, mají odlišný význam. Nazývají se tzv. *false friends* a je jim věnována pozornost v další podkapitole. V dnešní době je i kvůli tomuto případu již základním kamenem odborného překladu v oboru zdravotnictví jeho kvalita (Karwacka, 2014, s. 19). Překlad proto musí být bezchybný, výstižný a pochopitelný pro lékaře.

4.1 Kvalita překladu či tlumočení lékařských dokumentů

Základní vlastností práce odborného překladatele v oblasti zdravotnictví by měla být přesnost. Výsledný překlad by měl pak zachovat výchozí strukturu i funkci. Newmark

uvádí, že frekvence výskytu jakýchkoliv prvků výchozího dokumentu, ať už se jedná o pouhé slovo, slovní spojení, slovosled či odborný termín, by měla být zachována (Newmark, 1979, s. 1406). V případě *advance directives* je v zemích zkoumaných v této práci nejpodstatnějším prvkem tohoto dokumentu jeho explicitnost, jelikož právní úprava lékařům nařizuje jednat přesně dle uvedených pokynů pro určité situace, které mohou u pacienta nastat. Překladatel by proto měl v případě překladu jakékoliv formy *advance directive* dbát na tuto vlastnost, aby nedošlo k pozměnění významu zamýšleného pacientem.

Kvalita překladu lékařských dokumentů závisí také na odborných znalostech překladatele v daném odvětví. Překladatel, který se zabývá překladem v oblasti medicíny by měl mít základní znalosti o všech soustavách člověka, jako například dýchací nebo nervové (Montalt a Davies, 2014, s. 119). Tyto znalosti by měly být navíc doplněny znalostí odborných termínů v obou či více jazycích, ve kterých překladatel pracuje.

Odborný překlad naráží na několik problémů, které mohou kvalitu překladu výrazně zhoršit. Jedná se zejména o chybný překlad tzv. *false friends*, což znamená dvě nebo více slov v různém jazyce, která stejně nebo podobně buďto znějí nebo se píšou, ale mají naprosto odlišný význam. Dále také můžeme hovořit o kolokacích, neologismech a celkovém lexiku. Naopak gramatika je při překladu poměrně volná, hlavně za účelem dosažení co nejvyšší pochopitelnosti dokumentu (Newmark, 1979, s. 1046-1047). S překladem lékařských dokumentů se také pojí problémy metafor a idiomů, a také kulturních rozdílů mezi zeměmi, ve kterých se výchozí a cílový jazyk používají (Montalt a Davies, 2014, s. 208-212). Nicméně tyto problémy s metaforami, idiomy a kulturními rozdíly se *advance directives* v zemích probíraných v této práci netýkají, jelikož již u originálního dokumentu je třeba dbát na explicitnost a pacient by tedy metafor a idiomů neměl využívat.

Kromě již dříve zmíněných problémů je třeba uvést také eponyma, akronymy a zkratky. Eponyma jsou v medicínské terminologii poměrně častým jevem v angličtině i češtině. Nejčastěji se jedná o pojmenování částí lidského těla nebo chorob a syndromů podle jejich objevitelů nebo vědeckých pracovníků, kteří se významnou měrou podíleli na jejich výzkumu. V méně častých případech mohou pak být pojmenovány například podle jmen celebrit, jež danou nemoc prodělaly, nebo podle smyšlených postav či geografických

lokalit (Karwacka, 2015, s. 274-275). V následující tabulce je uveden příklad z každé z těchto kategorií a jeho český protějšek:

Anglický termín	Český termín
Parkinson's disease	Parkinsonova choroba
Achilles tendon	Achillova šlacha
Jefferson fracture	Jeffersonova zlomenina
Lyme disease	Lymeská borelióza
Fallopian tube	vejcovod
reflex locomotion	Vojtova metoda

Tabulka 1 - Eponyma v medicíně 1 (Karwacka, 2015, s. 275)

V Tabulce 1 můžeme vidět, že první tři termíny jsou ustáleny v obou jazycích stejně a neměly by tak být pro překladatele problematické. Naopak v případě výskytu jednoho z posledních dvou termínů uvedených v tabulce může při překladu velmi jednoduše nastat chyba. Ne všechny eponymické termíny jsou ve výchozím (resp. cílovém) jazyce také eponymy.

Zkratky a akronymy jsou také nedílnou součástí medicínské terminologie. Angličtina je označována jako *lingua franca* medicíny, a tudíž se mnoho anglických zkratk a akronymů používá i v ostatních zemích (Karwacka, 2015, s. 276). Přesto jich existuje mnoho, které se v češtině liší, takže je třeba, aby na to překladatel při své práci dbal. V následující tabulce můžeme vidět několik příkladů:

Anglický termín	Český termín
CT	CT
ECG (nebo EKG)	EKG
X-ray	RTG
COPD	CHOPN
DNR	NR

Tabulka 2 - Zkratky a akronymy 1 (Karwacka, 2015, s. 276)

V prvních dvou případech se v angličtině i v češtině využívá stejných zkratk, ačkoliv u příkladu CT je anglický termín *computed tomography* do češtiny překládán jako výpočetní tomografie. Přesto se v České republice nejčastěji používá termín CT vyšetření. Rentgenové záření se v mnoha jazycích včetně češtiny zkracuje pouze na RTG, ačkoliv v angličtině je ustálen termín *X-ray*. COPD je zkratka pro *Chronic obstructive pulmonary disease*, což je choroba, jež se v češtině nazývá chronická obstrukční plicní nemoc, a musí tak mít i jinou zkratku (CHOPN). Pro případ *advance directive* je velmi typickým požadavkem DNR – *Do Not Resuscitate*, tedy neresuscitovat. V češtině se používá zkratka NR, ale původní zkratka z angličtiny je i v tomto prostředí velmi rozšířená.

4.2 Časté chyby při překladu lékařských dokumentů či jejich tlumočení

Překladatel či tlumočnick lékařských dokumentů musí na počátku své práce brát na zřetel fakt, že si v danou situaci nemůže dovolit udělat chybu (Karwacka, 2014, s. 20). V případě překladu či tlumočení *advance directives* by to pro pacienta mohlo znamenat, že jeho ošetřující lékař zvolí další léčbu nesprávně nebo v nesouladu s přáním zaneseným v tomto dokumentu, což by mohlo následně vést například k soudním sporům, jako to bylo u výše zmíněného příkladu Willieho Ramireze, jehož rodina v soudním sporu zvítězila a nemocnice jí musela zaplatit 71 milionů amerických dolarů (Price-Wise, 2008, s. 1). K tlumočení *advance directives* může docházet zejména v případech, kdy je stav pacienta kritický a je mu potřeba podat léčbu co nejrychleji nebo naopak nepodat vůbec dle jeho přání.

Chyby při tlumočení v lékařském prostředí jsou častější než při překladu. To je ale způsobeno také tím, že v tomto prostředí občas tlumočí také osoby, které nejsou kvalifikované ani v tlumočení, ani v oblasti medicíny. Jsou to například děti, ostatní členové rodiny, či nelékařští zaměstnanci nemocnice, kteří hovoří oběma jazyky (Karwacka, 2014, s. 20). V případě tlumočení *advance directives* lze ale nelze využít těchto amatérských tlumočnicků a nemocnice musí v případě potřeby zajistit kvalifikovaného tlumočnicka, u kterého je zajištěna minimální až žádná chybovost překladu. Již z podstaty vyplývá, že děti či jiní členové rodiny pacienta nemohou tento

dokument tlumočit z toho důvodu, že by mohli do překladu přenést svoji emoční složku a poupravit jeho znění, což by u právně závazného dokumentu vyvolalo velký problém. Je to ale také zejména z toho důvodu, že se tyto dokumenty používají ve velmi vážných případech, ve kterých se často jedná o otázku života a smrti, takže je třeba minimalizovat riziko pochybení.

Překlad *advance directives* se využívá častěji než tlumočení v případech, kdy je dlouhodobě indisponovaný pacient mimo ohrožení života a ve stabilním stavu, což lékařům i samotnému překladateli poskytuje dostatečný čas na překlad dokumentu a co nejpřesnější vyhodnocení další léčby dle pacientových pokynů. Tento dodatečný čas navíc překladateli poskytuje prostor pro vykonání kontroly kvality překladu, aby si mohl být jistý, že neučinil žádnou chybu. V neposlední řadě je pro překladatele nutné, aby se v případě překladu i tlumočení *advance directives* vyvaroval jakýchkoliv vynechání či přidávání informací, jelikož se jedná o právně závazný dokument s velmi striktním důrazem na jeho přesné znění (Karwacka, 2014, s. 21).

5 Porovnání *advance directives* v jednotlivých zemích

Advance directives či dříve vyslovená přání se dnes využívají ve velké většině vyspělých zemí. Ačkoliv je jejich účel stejný, jejich znění se často liší i před samotným vyplněním pacientem, tedy v době, kdy jsou ještě ve formě nevyplněného formuláře. Pro jejich porovnání v této práci slouží Přílohy 1-10, jenž jsou nevyplněnými formuláři či jejich návrhy v České republice, ve Velké Británii a v amerických státech Utah a Florida.

Advance directives mají mnoho různých znění, například každý stát v USA má své vlastní. (Gunter-Hunt, 2002, s. 51). Přestože název dříve vyslovené přání vznikl překladem původního názvu *expressed wishes*, znění českých dokumentů se v mnohých částech s těmi zahraničními liší. Jedná se zejména o části, které se nějakým způsobem týkají právního ukotvení v daném státě, a právě proto má také každý stát USA vlastní znění tohoto dokumentu upravené na základě jeho legislativy.

Části, které se přímo týkají samotného přání pacienta, se ale naopak ve většině případů shodují, pokud se jedná o stejný typ dokumentu. Obecně lze říci, že se v každé zemi, ve které je jakákoliv forma *advance directive* uzákoněna, dá použít tento dokument, i když pochází z cizí země, pokud je o tom ošetřující lékař informován. Zejména proto je jejich překlad, alespoň pro potřeby porozumění ošetřujícího lékaře, velmi významný.

Součástí amerických *advance directives* je i několikastránkový úvod, ve kterém je popsáno, co je součástí formuláře, jak ho vyplnit a na co si dát pozor, včetně často kladených otázek (FAQ), mezi něž patří například to, jak zajistit legalitu tohoto dokumentu. V britských ani v českých *advance directives* se tento úvod neobjevuje, a proto je i z amerických verzí příloh vyňat, jelikož jej nelze s ničím porovnávat. I pokud pomíneme tuto část, tak jsou americké *advance directives* běžně až o několik stran rozsáhlejší než ty britské. České DVP jsou pak ještě zhruba dvojnásobně kratší než ty britské. To může být způsobeno zejména tím, že DVP jsou v České republice součástí právního řádu podstatně kratší dobu než v USA nebo Velké Británii, a nejsou tak ještě tolik rozšířenou možností pro pacienty.

Pro větší přehlednost této práce jsou jednotlivé formuláře označeny svým vlastním kódem, na který je dále v textu odkazováno. Tato označení jsou shrnuta v následující tabulce:

Formulář	Kódové označení
Formulář DVP dle MZ ČR	CZ1
Formulář DVP dle JUDr. Krejčíkové	CZ2
Formulář DVP pro Česko	CZ3
Formulář <i>advance directive</i> pro stát Utah	US1
Formulář <i>advance directive</i> pro stát Florida	US2
Formulář <i>advance directive</i> pro stát New York	US3
Formulář <i>advance directive</i> pro stát Havaj	US4
Formulář <i>advance decision</i> dle Alzheimer's Society UK	UK1
Formulář <i>advance decision</i> dle Bereavement Advice Center UK	UK2
Formulář <i>advance decision</i> dle St. Lukes Hospice UK	UK3

Tabulka 3 - Rozdělení označení formulářů 1

5.1 Porovnání jednotlivých částí a prvků *advance directives*

Základem *advance directive* jsou stejně jako u každého jiného formuláře osobní údaje. Konkrétní požadavky na ně se ale mohou lišit nejen mezi jednotlivými zeměmi, ale také americkými státy. Návrh US2 se například liší od US1 už v tom, že osobní údaje autora AD vyžaduje až v poslední sekci, tedy při podpisu dokumentu. Formulář US1 ale navíc vyžaduje kromě jména a adresy ještě telefonní číslo a datum narození. České verze DVP CZ1 a CZ2 pak vyžadují místo data narození rodné číslo, které žádný ze zahraničních formulářů nevyžaduje. Telefonní číslo vyžadují pouze některé státy USA, z vybraných

jsou to Utah a Florida, zatímco v České republice ani ve Velké Británii toto běžně není vyžadováno (ale může být, jak můžeme vidět na příkladu UK3).

Při první analýze obou českých návrhů dříve vyslovených přání si lze povšimnout, že v CZ1 chybí jakákoliv možnost pověřit jinou osobu rozhodováním o další léčbě pacienta. Naopak Článek III. formuláře CZ2 tuto možnost zohledňuje dle § 38 zákona č. 89/2012 Sb. (občanský zákoník), ačkoliv pouze v závorce, což naznačuje volitelnost jeho vyplnění. Naopak návrh CZ1 v bodě 5 poučuje osoby o situacích, ve kterých dokument nemůže být platný, zatímco návrh CZ2 toto upozornění zcela pomíjí a ponechává ho na lékaři, který v tomto případě musí osobu sepisující DVP o těchto situacích zpravit.

Americké verze formulářů *advance directives* (US1-4) jsou delší než ty české (CZ1-3) i ty britské (UK1-3) také proto, že navíc obsahují například možnost dárcovství orgánů nebo rozsáhlejší možnosti určení zástupce pro rozhodování (*Health Care Power of Attorney*). Zajímavostí je, že formuláře US2, US3 a US4 nabízí velmi detailní možnosti dárcovství orgánů, a to od darování celého těla pro jakýkoliv účel až po určení konkrétních orgánů pro konkrétního příjemce. Formulář US1 na druhou stranu nabízí pouze možnost dárcovství orgánů pro transplantaci.

Při samotném porovnání všech amerických formulářů lze říci, že se z velké většiny neliší ani v bodech svého znění, ani v jejich členění a celkové struktuře. Všechny začínají pověřením zástupce pro rozhodování, pokračují uvedením instrukcí pro lékaře, dárcovstvím orgánů a jsou ukončeny podpisovou sekcí. Zajímavostí těchto dokumentů je, že běžně vyžadují pro zajištění své platnosti jednoho nebo dva svědky, kteří dokument spolupodepíší, ale US4 nabízí alternativu, kterou žádný z ostatních návrhů neumožňuje, a to ověření dokumentu u notáře.

Jedním z nejpodstatnějších rozdílů těchto čtyř verzí ale je, že US1, US3 a US4 nabízí na rozdíl od US2 výběr z možností rozhodnutí. Konkrétně to znamená, že pacient může určit, jestli chce být v případě jeho indispozice udržován při životě nebo ne, a může také určit, že toto rozhodnutí za něj učiní jeho zástupce. Ve verzích US3 a US4 dokonce existuje možnost pouhého přijetí léků tlumících bolest nebo umělé výživy. Verze US1 pak jako jediná nabízí možnost, že pacient vůbec nechce určit své preference ohledně lékařské péče v případě indispozice. Ačkoliv US2 nabízí pouze možnost, při které pacient nebude dále udržován při životě, tak na rozdíl od těch zbylých nabízí možnost určit specifické situace, ve kterých by mělo být dle pacienta takto učiněno. V neposlední řadě je třeba

poznámenat, že US2 přesně nespecifikuje, za jakých okolností může osoba přenechat rozhodování svému zástupci, zatímco ostatní verze ano.

Co se týče přehlednosti, britské verze těchto dokumentů (UK1-3) jsou ze všech formulářů AD či jejich návrhů zkoumaných v této práci nejlepší. Každá jejich sekce je detailně vysvětlena pod jednotlivými názvy, což dopomáhá k jejich lepšímu pochopení autorem dříve vysloveného přání. Ve verzích CZ2 a CZ3, které jsou si vzájemně velmi podobné, se nachází obdobná pomoc autorovi, kdy mu v každém bodě, který má vyplnit, nabízí konkrétní příkladové nebo předvyplněné možnosti. Naopak v případě návrhu CZ1 se žádá vysvětlení jednotlivých bodů ani doporučení pro jejich vyplnění neobjevují, takže by bylo opět na lékaři, aby pacientovi s vyplněním DVP pomohl. Toto je ostatně zajištěno i v poslední části, kde tento lékař, který provedl poučení, musí DVP stvrdit svým podpisem. Americké verze AD pak tyto popisy a doporučení nahrazují ve svém několikastránkovém úvodu.

V návrhu UK1 můžeme také vidět sekci, která se v žádném jiném návrhu zkoumaném v této práci neobjevuje. Jedná se o část *My Values*, tedy „Mé hodnoty“, ve které může pacient uvést své hodnoty, přesvědčení, víru atd., přičemž tyto informace mohou pomoci nejen lékařům, ale i jeho rodině k pochopení jeho rozhodnutí. Tato sekce je volitelná, nicméně je i tak podstatnou složkou DVP, jelikož se v něm často jedná o otázku života a smrti. Přestože tato složka a celkově etické a hodnotové otázky spojené s AD zasahují do diskuze o používání těchto dokumentů, je třeba uvést, že dle zákonů ve všech zemích probíraných v této práci musí lékař jednat na základě přání uvedeného v tomto dokumentu nehledě na jeho odůvodnění.

Formulář UK1 nezahrnuje možnost dárcovství orgánů, ale také zejména možnost udržování pacienta naživu ve specifických situacích. V tomto bodě se velmi podobá formuláři US2, u nějž se toto objevuje také. Lze předpokládat, že v každém konkrétním případě, který by pacient v takovém formuláři neuvedl, by lékaři automaticky udržovali pacienta naživu, pokud by jeho zástupce pro rozhodování (pokud by byl uveden) nerozhodl jinak. V bodě určování svého zástupce pro rozhodování se tyto dva formuláře taktéž podobají, jelikož umožňují v samostatném oddílu tuto osobu určit, ale již nelze v tomto formuláři určit, v jakém případě bude tohoto zástupce třeba. Můžeme ale s velkou pravděpodobností předpokládat, že k tomu dojde v případě, že u pacienta nastane situace, kterou ve svém DVP nezohlednil.

Velmi podstatnou částí je i ta, která se nachází na konci každého z probíraných dokumentů, a to podpisová část. Ve všech třech českých verzích DVP je na základě legislativy třeba připojit úředně ověřený podpis autora, zatímco v USA je třeba notářského ověření dokumentu pouze v některých státech, přičemž ze států probíraných v této práci toto umožňuje (nikoliv vyžaduje) pouze stát Havaj. Zbylé formuláře ale vyžadují přítomnost a připojení podpisu alespoň jednoho svědka a stejně tomu tak je u britských verzí *advance decision*. Český návrh DVP CZ2 pak navrhuje, aby kromě úředně ověřeného podpisu byli přítomni alespoň dva svědci a stvrдили dokument svými podpisy, zatímco návrh dříve vysloveného přání CZ1 toto nahrazuje podpisem lékaře, který provedl poučení při sepisování dokumentu.

Pro shrnutí porovnání jednotlivých částí těchto dokumentů lze nahlédnout do následujících tabulek:

	osobní údaje	pověření zástupce pro rozhodování	odmítnutí lékařské péče	žádost o udržování při životě	žádost o léky tlumící bolest
CZ1	X		X		
CZ2	X	X	X	X	
CZ3	X	X	X	X	
US1	X	X	X	X	
US2	X	X	X	pouze zástupce	
US3	X	X	X	X	X
US4	pouze jméno	X	X	X	X
UK1	X	X	X		
UK2	X		X	X	X
UK3	X		X		

Tabulka 4 - Obecné porovnání jednotlivých částí AD 1

	žádost o udržování umělé výživy	podpisová část	notářské ověření	úředně ověřený podpis	ověření pomocí svědků	dárcovství orgánů
CZ1		X		X	svědkem je lékař	
CZ2		X		X	X	
CZ3		X			X	
US1		X			X	X
US2		X			X	X
US3		X			X	X
US4	X	X	X		X	X
UK1		X			X	
UK2		X			X	
UK3		X			X	

Tabulka 5 - Obecné porovnání jednotlivých částí AD 2

5.2 Porovnání *advance directives* z lexikálního hlediska

Jelikož se tato práce zabývá právně závaznými lékařskými dokumenty, musí být tyto formuláře z lexikálního hlediska spisovné v češtině i angličtině. Samotná slovní zásoba nevyplněného formuláře musí být ale zároveň na takové úrovni, aby ji byl schopen pochopit i laik, tedy člověk, který se v oboru lékařství vůbec nevyzná. I zde se ale objevují taková slova či slovní spojení, jako například *Appointment of Agent* (pověření osoby – zástupce pro rozhodování) nebo části, které se odkazují na články zákonů, které musí být buďto dovysvětleny v pokynech nebo je pacientovi musí dovysvětlit lékař. Pro samotné ošetřující lékaře, kteří se s *advance directives* následně setkávají a musí je číst, je mnohem podstatnější ta část, kterou sami pacienti vyplnili, protože se jedná o pokyny, kterými se musí následně řídit. Lexikum této části, kterou vyplňují pacienti, již musí být více odborné, jelikož pacient vyplňuje konkrétní situace a lékařské úkony. S tím mu opět

pomůže buďto lékaři, nebo je velice vhodným řešením uvedení příkladů, kterými se pacient může inspirovat, jak je navrženo například ve formulářích CZ2 a CZ3.

Prvním rozdílem, kterého si můžeme všimnout při porovnávání *advance directives*, je jejich název. Původní název tohoto dokumentu, který vznikl v USA, je právě *advance directive*. Velká Británie se po převzetí jeho koncepce rozhodla změnit název na *advance decision*, pod kterým je tento dokument obecně znám. Ve Velké Británii vznikl i návrh názvu *expressed wishes*, který později převzala Česká republika jako „dříve vyslovené přání“. V ČR se kromě tohoto pojmu objevuje také varianta „dříve projevené přání“ (viz kapitola 2.4).

Kromě toho se mohou dokumenty lišit v dalších zavedených pojmech pro daný stát, jako například *Health Care Power of Attorney*, *Health Care Surrogate* či prostě *Agent* v amerických formulářích a *Lasting power of attorney for health and welfare* v tom britském, který pověření zástupce umožňuje – UK1. V českých formulářích, které toto pověření umožňují (CZ2 a CZ3), žádné pojmenování takové osoby či jeho překlad neexistuje a nevyskytuje se ani v příslušných člancích zákonů, které toto pověření povolují. Nejpresnějším překladem by se pak nabízely varianty jako například „osoba s plnou mocí v rozhodování o zdravotní péči“ nebo „zmocněnec pro rozhodování o zdravotní péči“. V této práci je ale využíváno pojmu „zástupce pro rozhodování (o zdravotní péči)“, jelikož nejlépe vystihuje podstatu tohoto pověření, kdy osoba pověřená autorem DVP za něj činí zástupná rozhodnutí.

S tímto pověřením blízké osoby jako zástupce pro rozhodování se také pojí pojmy *Agent's Authority* či *Health Care Surrogate's Authority*, jenž se objevují v amerických verzích AD. Jedná se obecně o samotné právo činit rozhodnutí za daného autora DVP. V českých verzích CZ2 a CZ3 se toto právo ale explicitně nijak neobjevuje, dokumenty ho zmiňují pouze velmi opisně.

Pokud by měl tento pojem mít nějaký vhodný český protějšek, nabízely by se například varianty „právo zástupce činit rozhodnutí (o zdravotní péči)“ nebo „pověření zástupce činit rozhodnutí (o zdravotní péči)“. První varianta je zřejmě vhodnější, a to zejména proto, že autor DVP předává této osobě právo rozhodovat o jeho dalším léčebném postupu, nicméně tento zástupce může v daném okamžiku odmítnout jakékoliv rozhodnutí učinit. To je ostatně alespoň do jisté míry ošetřeno ve všech zahraničních verzích AD, které pověření zástupce pro rozhodování umožňují (US1-4 a UK1), a to

konkrétně tím, že nabízí možnost pověření alespoň jednoho alternativního zástupce pro rozhodování.

České verze DVP toto právo tedy nijak nepojmenovávají a vyjadřují ho pouze poměrně rozsáhlým souvětím, které zní v obou verzích takto:

CZ2: „...si přeji, aby v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči rozhodoval/a o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání (jméno), (rodné číslo).“

CZ3: „...si přeji, aby v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči rozhodovala o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání právě má výše zmíněná manželka, při nemožnosti získání jejího rozhodnutí pak ve druhé řadě mí potomci v pořadí od nejstaršího po nejmladšího, ve třetí můj bratr.“

Americké verze DVP toto právo také běžně vysvětlují souvětím, můžeme to vidět na příkladech Utahu a Havaje:

US1: *“If I cannot make decisions or speak for myself (in other words, after my physician, physician assistant, or advance practice registered nurse (“APRN”) finds that I lack health care decision making capacity under Section 75-2a104 of the Advance Health Care Directive Act), my agent has the power to make any health care decision I could have made...”*

US4: *“My agent shall make health-care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent...”*

Na příkladech z CZ2 a CZ3 můžeme vidět, že to důležité sloveso, které popisuje ono právo předané jmenovanému zástupci, je „rozhodovat“. V obou příkladech z amerických verzí AD se pak objevuje sloveso „to make (a decision)“, které znamená „činit rozhodnutí“. Lze tedy říci, že se v tomto ohledu české a americké verze nijak neliší. Ve verzi US1 se objevuje i jiné podstatné sloveso, a to „to serve“, které můžeme vidět na následujícím příkladu:

US1: *“This person (Alternate Agent) will serve as your agent if your agent, named above, is unable or unwilling to serve.”*

V češtině by se pak dalo použít například: „(tato osoba bude) sloužit jako (náhradní) zástupce pro rozhodování“.

České verze se nicméně od těch amerických liší také v samotném pověřování zástupce pro rozhodování. Na příkladech z CZ2 a CZ3 výše můžeme vidět na samotném začátku část: „si přeji, aby...“, což je velmi dobrá varianta, která koresponduje s názvem dříve vyslovené přání. V americké verzi AD US2 můžeme vidět obdobné řešení, konkrétně:

US2: “...*I wish to designate, as my surrogate to carry out the provisions of this declaration.*“

Návrhy US1 a US4 ale využívají spíše slovesa „*to authorize*“, tedy přímo předání práva rozhodovat svému zástupci, viz následující příklady:

US1: “*I authorize my agent to:*“

US4: “*My agent is authorized to make all health-care decisions for me...*“

Pokud by měla být navržena vhodná alternativní varianta v češtině, která by se neodkazovala na samotný název dokumentu, dalo by se využít například: „Předávám svému zástupci plnou moc při rozhodování (o zdravotní péči).“ nebo „Přenechávám svému zástupci plné právo rozhodovat (o zdravotní péči).“

V některých verzích amerických AD, jmenovitě US1 a US4, se nachází i položka *Nomination of Guardian*, jenž slouží jako doporučení pro případné soudní slyšení, které by se uskutečnilo v případě, že by bylo třeba určit pro autora DVP opatrovníka. Autor má tedy skrze tuto položku možnost navrhnout jako svého případného opatrovníka jednoho z uvedených zástupců pro rozhodování. Ačkoliv české verze DVP tuto možnost nenabízí, lze alespoň uvést návrh jejího znění v češtině: „jmenování opatrovníka“ či „navržení opatrovníka“.

České verze CZ1 a CZ2 po autorovi vyžadují rodné číslo, zatímco všechny ostatní verze nikoliv. UK1 a UK3 mají pouze volitelné pole pro vyplnění tzv. *NHS number* neboli čísla NHS. *National Health Service* je veřejně financovaný zdravotnický systém ve Velké Británii. Číslo NHS je pak nejčastěji využíváno k identifikaci přijímaných pacientů a je přirovnatelné k číslu pojištěnce v České republice. V USA by se pak k těmto dvěma identifikačním údajům dalo přirovnat tzv. *Social Security Number* (SSN), jenž se využívá jako identifikátor pro komunikaci s veškerými úřady ve Spojených státech amerických.

Pro potřeby překladu AD je ale nejlepší variantou ta, kde je jako identifikátor kromě jména a příjmení požadováno datum narození pacienta, jelikož to je univerzální pro češtinu i angličtinu (s výjimkou jiného datového formátu).

Jedna z podstatných částí, které se nachází ve všech příkladových dokumentech využitých v této práci, je možnost odmítnutí lékařské péče. České verze mají toto znění:

CZ1: „Žádám, aby v rámci poskytování služeb mé osobě, pokud u mne nastane tento zdravotní stav...nebyly zahajovány následující zdravotní výkony...“

CZ2: „Pro případ, že...nesouhlasím s péčí...“

CZ3: „Pro případ, že...nesouhlasím s následující péčí a tuto odmítám.“

Americké verze znějí takto:

US1: *“I choose not to receive care for the purpose of prolonging life.”*

US2: *“...I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn...”*

US3 a US4: *“Choice NOT to Prolong Life.”*

Britské verze mají následující znění:

UK1: *“I refuse the following specific treatments:”*

UK2: *“I refuse medical treatment to prolong my life or keep me alive by artificial means if:”*

UK3: *“I wish to refuse the following specific treatments:”*

Na těchto příkladech si lze povšimnout několika odlišností. Jednou z nich je výběr stěžejního slovesa, tedy odmítnutí péče. Příklady CZ1 a UK3 jsou ze všech jediné dva, které užívají jisté zdvořilosti („žádám“ a „přeji si odmítnout“). Všechny ostatní verze naopak toto odmítnutí lékařské péče přímo indikují pomocí variant „nesouhlasím“, „rozhodl jsem se, že odmítám...“ nebo dokonce přímo „odmítám“. Obě tyto možnosti jsou vhodné, jelikož *advance directives* jsou přáním nejen v češtině, ale i v angličtině. To ostatně můžeme vidět mnohokrát v instrukcích v levém sloupci s šedým pozadím, kterým disponují všechny americké verze. V těchto sloupcích se totiž často objevuje pojem „*wish*“ nebo *wishes*“. Zároveň se ale dle původního názvu jedná o jakousi „směrnici“ či lépe příkaz, který lékařům říká, jak mají v případě indispozice pacienta se sepsaným DVP jednat, a tak se dá využít i sloves, které případné odmítnutí lékařské péče indikují přímo.

Další podstatnou částí těchto dokumentů je podpisová část, kterou musí každý dokument *advance directive* disponovat, aby byl platný a využitelný v případě potřeby. V amerických formulářích se běžně tato část nazývá *Execution*, tedy „provedení“ či „stvrzení“ (Přílohy US2-4) nebo také *Making my Directive Legal*, tedy „zlegalizování dokumentu“ (Příloha US1). V britských verzích se toto nazývá jednoduše *Signature/s*, tedy podpis/y. České formuláře DVP nicméně své části běžně nijak nenazývají, a tak v nich nenalezneme možnou variantu jejich pojmenování v češtině.

Co se týče jednotlivých podstatných pojmů v tomto oddílu, tak se nejčastěji shodují se svými překladovými protějšky. Můžeme to vidět například na pojmech „*witness*“ – „svědek“ nebo také „*signature*“ – „podpis“. Kvůli odlišnosti některých prvků se ale objevují některé pojmy pouze v určitých dokumentech, jako například „*notary*“ v US4 nebo „(úředně) ověřený podpis“ v CZ2. Pro takové pojmy ale lze taktéž velmi jednoduše nalézt překladové protějšky (notář, *certified signature*). Pro obecné shrnutí lexika je v této práci vytvořen krátký glosář v následující tabulce:

CZ	BrENG	AmENG
dříve vyslovené přání	<i>advance decision</i>	<i>advance directive</i>
zástupce pro rozhodování (o zdravotní péči)	<i>Lasting power of attorney for health and welfare</i>	<i>Health Care Surrogate / Agent</i>
pověření zástupce pro rozhodování (o zdravotní péči)	=>	<i>Appointment of Surrogate / Agent</i>
právo zástupce činit rozhodnutí (o zdravotní péči)	-	<i>HC Surrogate's / Agent's Authority</i>
předat svému zástupci plnou moc při rozhodování (o zdravotní péči)	<i>to authorize (Lasting power of attorney)</i>	<i>to authorize (an Agent)</i>

jmenování opatrovníka	=>	<i>Nomination of Guardian</i>
číslo NHS	<i>NHS number</i>	<=
číslo pojištěnce	=>	<i>Social Security Number (SSN)</i>
stvrzení / provedení	-	<i>Execution</i>
podpis (oddíl dokumentu)	<i>Signature</i>	-
zlegalizování dokumentu (oddíl dokumentu)	-	<i>Making my Directive Legal</i>
svědek	<i>witness</i>	<=
notář	<i>notary</i>	<=
(úředně) ověřený podpis	=>	<i>certified signature</i>
data kontroly	<i>Review dates</i>	<=
zdravotníci	<i>healthcare professionals</i>	<=
léčba udržující pacienta při životě	<i>life-sustaining treatment</i>	<=
lékařské postupy, které udržují pacienta při životě	=>	<i>life-prolonging procedures</i>
dárcovství orgánů	=>	<i>organ donation</i>
zrušení / zneplatnění DVP	=>	<i>revoking a directive</i>
medicínský výzkum	=>	<i>medical research</i>

změnit (vyslovené přání)	=>	<i>to override (expressed wishes)</i>
utlumení bolesti	=>	<i>relief from pain</i>
umělá výživa	=>	<i>artificial nutrition</i>
umělá hydratace	=>	<i>artificial hydration</i>
umělá plicní ventilace	=>	<i>mechanical respiration</i>

Tabulka 6 - Glosář 1

5.3 Porovnání *advance directives* ze syntaktického hlediska

Nejdůležitější částí *advance directive* je samotné vyslovení či „deklarace“ přání, jak tento akt nazývají v amerických verzích tohoto dokumentu. V této části autor DVP určuje své instrukce k případným léčebným postupům. V českých verzích dříve vyslovených přání se tato sekce objevuje na samém začátku obou dokumentů, zatímco v amerických verzích se nachází v úvodů určitých sekcí, které se tomuto vyslovení dále věnují. V britském návrhu UK1 se naopak vůbec nevyskytuje a je nahrazena plně předepsaným úvodem v následujícím znění: „*I do not want to receive the specific treatment below in the circumstances specified next to each treatment.*“ Poté může autor DVP v tabulce níže uvést konkrétní případy a léčebné postupy, které odmítá. Návrh UK3 toto kopíruje, zatímco formulář UK2 nabízí pouze předtištěné situace, ve kterých by si autor DVP přál uměle neprodlužovat svůj život.

V českém znění tato sekce uvádí:

CZ1: „Já (jméno, ...) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání:**“

CZ2: „Já, níže podepsaný/podepsaná (jméno), r. č. (rodné číslo), pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí,

vyslovuji následující dříve vyslovené přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., resp. předběžné prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., o zdravotních službách:

Znění v americkém AD je pak následující:

US2: *“Declaration made this (den) day of (měsíc, rok), I, (jméno a příjmení), willfully and voluntarily make known my desire that my dying not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and I do hereby **declare** that, if at any time I am incapacitate and...”*

Ačkoliv se příklad z US2 týká na rozdíl od CZ1 a CZ2 pouze případného odmítnutí lékařské péče, začátky prohlášení (či vyslovení) jsou velmi podobné. Můžeme to vidět na podtržených částech v každém příkladu. Jedním z výrazných rozdílů pak je umístění stěžejního slovesa v této sekci. Formulář CZ1 toto sloveso „**vyslovuji**“ uvádí již na začátku ihned za podtrženou částí, což je stejné u americké verze US2, která uvádí *“I... **make known** my desire to...”*. Naopak návrh CZ2 toto sloveso uvádí až ke konci souvětí, přičemž podmínky, za kterých toto vyslovení platí, se nachází v tomto souvětí dříve. Z pohledu českého slovosledu se nabízí jako vhodnější varianta právě ta druhá, jelikož podstatnou informaci, tedy „vyslovení následujícího vysloveného přání“, uvádí na základě funkční větné perspektivy ke konci souvětí (nikoliv ale na úplném konci z důvodu uvedení obou souvisejících zákonů).

Následující příklady uvádí ty sekce, které autorovi DVP umožňují zamítnout umělé prodlužování života v případě, že již neexistuje šance na zlepšení jeho zdravotního stavu, pokud by se do takové situace dostal:

CZ1: „Žádám,

- a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud u mne nastane tento zdravotní stav... nebyly zahajovány následující zdravotní výkony...
- b) pokud se dostanu do stádia... své nemoci... nebyly zahajovány zdravotní výkony...”

CZ2: „Pro případ, že... nesouhlasím s péčí...”

CZ3: „a naopak nesouhlasím s následující péčí a tuto odmítám:“

US1: *“I choose not to receive care for the purpose of prolonging life.”*

US2: *“If my primary physician and another consulting physician have determined that there is no reasonable medical probability of my recovery from such condition, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn...”*

US3: *“I do not want my life to be prolonged if I should be in an incurable or irreversible mental or physical condition with no reasonable expectation of recovery...”*

US4: *“I do not want my life to be prolonged if I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time...”*

UK1: *“I do not want to receive the specific treatment below in the circumstances specified next to each treatment...”*

UK2: *“I refuse medical treatment to prolong my life or keep me alive by artificial means if:”*

UK3: *“,”I am refusing this treatment even if my life is at risk as a result.”*

Na těchto příkladech ze všech vzorových formulářů AD můžeme vidět, že se nijak výrazně neliší. České verze DVP nejdříve uvádí případy či situace, za kterých by si jejich autor případně přál odmítnout lékařskou péči a až následně konkrétní lékařské úkony, které odmítá. Naopak situace, ve kterých se autor DVP může ocitnout, uvádí UK1 až po konkrétních lékařských úkonech, které by si přál odmítnout. Pro dříve vyslovené přání je ale podstatné právě to, co si by si autor jako případný pacient přál (respektive nepřál), takže pro české verze je to dle funkční větné perspektivy uvedeno správně.

V angličtině i češtině je zejména ve formálním prostředí, což platí i pro právně závazné dokumenty, častým úkazem pasivum, respektive trpný rod. V angličtině se tento typ větné struktury objevuje v různých využitích, jako například v podmiňovacím způsobu, viz následující příklady:

US1: *“...if at least one of the following initialed conditions is met:”*

UK3: *“If the professionals are satisfied...this decision becomes valid and must be followed, including checking that it has not been varied or revoked...”*

V českých dokumentech bychom našli pouze tzv. opisné pasivum, tedy ten typ trpného rodu, který se tvoří pomocí slovesa „být“ a významového slovesa. Pomocné sloveso „být“ může v tomto případě nabývat tvarů všech osob, časů i způsobů, ale v dokumentech *advance directives* jej nejčastěji nalezneme v přítomném nebo minulém čase. Trpný rod

se v obou jazycích objevuje například v takových částech, kde není potřeba, aby byl přímo vyjádřen konatel děje. Můžeme to vidět na následujících příkladech:

CZ2: „souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče:

US3: *“This Living Will has been prepared to...and is intended to...”*

US1: *“... if the Directive is revoked.”*

Na příkladu z CZ2 je rovnou zřejmé, že onu případnou péči by autorovi dokumentu jako pacientovi poskytl jeho ošetřující lékař. U prvního uvedeného příkladu z amerických dokumentů US3 si lze jednoduše odvodit, že je zamýšleno, že toto dříve vyslovené přání bylo připraveno a zamýšleno (k určitému účelu) samotným autorem DVP. Agent v pasivní větě struktuře v druhém příkladě z amerického AD, konkrétně US1, je také velmi zřejmý, jelikož zrušit/odvolat (=to revoke) své přání nebo ho zneplatnit může pouze sám jeho autor.

I v těchto dokumentech ale nalezneme místa, kde angličtina preferuje využití pasiva, zatímco čeština raději využívá činný rod. Pro ukázkou lze nahlédnout na následující porovnání dvou příkladů:

CZ2: „Já, níže podepsaný... vyslovuji souhlas nebo nesouhlas...”

UK3: *“This advance decision to refuse treatment has been written by me to specify in advance which treatments I don't want in future.”*

Zde si můžeme všimnout, že čeština preferuje činný rod pro toto uvedení, jelikož přímo specifikuje autora a jeho osobní údaje. Také je třeba uvést, že v českém dokumentu CZ2 existuje pasivum s použitím slovesa „sepsat“ (=to write v tomto kontextu), které se nicméně neshoduje s příkladem z UK3 ve funkci. Anglická věta říká, proč byl dokument sepsán, zatímco ta česká říká, kolik jejích vyhotovení bylo sepsáno. Česká věta se slovesem v trpném rodě kvůli nerelevanci neuvádí agenta, zatímco ta anglická agenta explicitně vyjadřuje, jelikož je významově relevantní. Toto pasivum můžeme vidět v následující větě:

CZ2: „Toto dříve vyslovené přání...bylo sepsáno v (počet) vyhotoveních.

Častý rozdíl mezi českou a anglickou syntaxí nalezneme ve slovosledu větných členů. Je charakterizován tím, že čeština častěji využívá pádů a pádových koncovek pro vyjádření

určitých pojmenování. Jako příklad lze uvést: EN: “*Microsoft building*“ a CZ: „budova Microsoftu“. V *advance directives* se toto objevuje také, viz následující příklady:

UK1-3: “*witness signature*:“

US1-4: “*signature of witness*:”

CZ1: „podpis lékaře/podpis osoby, která vyslovila přání“

Zajímavostí je, že se tento jev objevuje ve všech britských verzích AD, zatímco ve všech amerických formulářích nalezneme tento příklad ve formě tzv. *post-genitive* neboli *double-genitive*. Tato varianta je blíže české postpozici, která je v češtině typicky idiomatičtější, viz následující porovnání:

(1): „podpis lékaře“ – (2): „lékařův podpis“

(1): „podpis osoby“ – (2): nelze

Zde můžeme vidět, že například u podstatného jména „osoba“ ani nelze vytvořit tvar přídatného jména individuálně přivlastňovacího. Ačkoliv se tento tvar tvoří z takových podstatných jmen, která odkazují na určité individuum a zde je osobou zamýšlen autor dokumentu, tak je obecné jméno „osoba“ výjimkou a nedá se z něj tato forma vytvořit. U podobného výrazu „člověk“ tato forma například vytvořit lze (člověkův), nicméně její využití v praxi je téměř nulové.

Angličtina ve věcných textech často využívá větných kondenzorů (např. infinitivy či gerundia). Čeština tyto větné kondenzory ve stejném typu textu běžně nahrazuje neurčitými tvary sloves či podstatnými a přídatnými jmény slovesnými. Ve formulářích zkoumaných v této práci můžeme ale nalézt i místa, ve kterých ty české raději volí určitých slovesných tvarů. To můžeme vidět na následujících příkladech:

CZ2: „...nesouhlasím s péčí...“

UK1: “*I do not wish to receive the specific treatment...*“

Český dokument by v tomto případě mohl využít i variant jako například: „mým přáním je nesouhlas...“, kde by sloveso bylo nahrazeno podstatným jménem nebo „přeji si nesouhlasit...“, které je ale velmi neidiomatické pro češtinu. Zároveň je třeba uvést, že použitím určitého slovesa ve tvaru první osoby jednotného čísla je explicitněji specifikováno, že toto přání, či spíše „příkaz“ udává autor DVP přímo.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala dokumentům typu *advance directives* v angličtině a češtině, konkrétně pak jejich formám v USA, Velké Británii a České republice. Zároveň pojednávala o jejich historickém vývoji, právní podstatě a ukotvení, a také aplikovatelnosti a míře jejich využívání v těchto zemích. Dále se zabývala etickými otázkami, které se s používáním těchto dokumentů pojí, a v neposlední řadě také překladem a tlumočením lékařských dokumentů s důrazem na *advance directives*. V praktické části je provedeno porovnání vzorových dokumentů z jednotlivých zemí probíraných v této práci.

Advance directives byly v medicíně využívány již od 70. let 20. století v USA i ve Velké Británii, zatímco v České republice se poprvé objevily až na počátku 21. století. Tento časový rozdíl je hlavním důvodem, proč jsou tyto dokumenty v pokročilejší fázi v USA a ve Velké Británii než v ČR. Na vzorových dokumentech (Přílohy 1-10) můžeme vidět, že nabízí obecně rozšířenější možnosti pro autora DVP než české verze dříve vyslovených přání.

Právní podstata *advance directives* se v zásadě v zemích probíraných v této práci neliší. Ve všech těchto zemích jsou na základě zákona ustanoveny dvě verze těchto dokumentů, a to tzv. *living will* a *health care proxy*. První varianta umožňuje autorovi DVP uvést svá vlastní přání ohledně souhlasu nebo nesouhlasu s konkrétní lékařskou péčí v konkrétní situaci, která by zahrnovala jeho nezpůsobilost k rozhodování. Druhá varianta mu umožňuje pověřit jinou osobu, aby za něj v takové situaci činila rozhodnutí. Zajímavostí je, že návrh dříve vysloveného přání Ministerstva zdravotnictví druhou možnost opomíjí.

Důraz byl kladen také na etické otázky spojené s využíváním *advance directives*, jelikož jsou již od vzniku těchto dokumentů podstatnou složkou diskuze o jejich používání v praxi. Hodnoty a přesvědčení pacienta jsou čím dál tím více kladeny do popředí při uplatňování jeho práva na tzv. sebeurčení, což lze obecně vysvětlit tak, že by každý člověk měl mít právo rozhodovat sám o sobě, je-li k tomu způsobilý, i když se toto rozhodnutí týká situace, ve které by se z důvodu svého zdraví nezpůsobilým stal. Pro překlad či tlumočení mají tyto hodnoty a přesvědčení velký význam, jelikož překladatel či tlumočnick musí při práci s těmito dokumenty stejně jako lékař dbát na tyto pacientovy

hodnoty a jeho dříve vyslovené přání převádět do cílového jazyka bez ohledu na vlastní přesvědčení.

Samotný překlad (či tlumočení) lékařských dokumentů je práce pro kvalifikovaného odborníka. Tento člověk musí mít nejen výborné znalosti v oblasti odborného překladu (či tlumočení), ale také nejméně základní znalosti v daném oboru, ve kterém pracuje. Ku příkladu při překladatelské práci ve zdravotnictví by měl překladatel (či tlumočník) znát základní lidské soustavy, ale také odbornou terminologii v obou jazycích, se kterými pracuje. Nakonec musí tento překladatel dbát také na věrnost překladu, jelikož má pouze minimální prostor na jakoukoliv chybu. Ty totiž mohou vést nejen k vážným následkům pacientů, ale také k rozsáhlým soudním sporům, jejichž rozhodnutí je nakonec nejčastěji ve prospěch pacienta a nemocnice musí v takových případech platit rodinám vysoké odškodné.

Při porovnávání vzorových dokumentů si lze povšimnout, že se v mnohých částech liší, přičemž u některých podstatné sekce dokonce úplně chybí. Lexikum je v jednotlivých formulářích poměrně různorodé, přičemž se v určitých případech liší i na intralingvální rovině, tedy mezi britskou a americkou angličtinou. Toto se nejvíce objevuje například u názvů tohoto dokumentu či pojmenování osoby, kterou autor v tomto formuláři pověřuje rozhodováním v případě jeho indispozice. Závěrem syntaktického porovnání je, že v určitých případech, které jsou porovnatelné, se syntaktické rozdílnosti mezi češtinou a angličtinou běžně objevují.

Seznam příloh

1. Formulář „dříve vyslovené přání“ dle Ministerstva zdravotnictví ČR
2. Formulář „dříve vyslovené přání“ dle JUDr. Krejčíkové
3. Formulář „dříve vyslovené přání“ pro Česko
4. Formulář *advance directive* dle amerického státu Utah
5. Formulář *advance directive* dle amerického státu Florida
6. Formulář *advance directive* dle amerického státu New York
7. Formulář *advance directive* dle amerického státu Havaj
8. Formulář *advance decision* dle Alzheimer's Society UK
9. Formulář *advance decision* dle Bereavement Advice Center UK
10. Formulář *advance decision* dle St. Lukes Hospice UK

7 Přílohy

Příloha č. 1

„Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)“

Já (jméno, příjmení, rodné číslo nebo jiný identifikační údaj, adresa) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání** :

1. Žádám,

a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud u mne nastane tento zdravotní stav..... nebyly zahajovány následující zdravotní výkony

.....
.....
.....

b) pokud se dostanu do stádia.....své nemoci..... nebyly zahajovány tyto zdravotní výkony.....

.....*)

*) Podle účelu a obsahu „dříve vysloveného přání“ se vyplní písmeno a) nebo b).

2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů podle bodu 1.

.....*)

*) Poučení lékaře lze rozvést na samostatném listu, který se k „dříve vyslovenému přání“ přiloží.

Z přiloženého poučení musí být zřejmé, kterému pacientovi bylo podáno a ke kterým skutečnostem, které jsou předmětem dříve vysloveného přání se vztahuje, dále datum, kdy bylo provedeno a který lékař jej provedl.

3. Toto dříve vyslovené přání platí od... (datum podpisu) do...

4. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje,

k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a) souhlas s jejich poskytnutím.

5. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:

a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem)

b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění)

c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý (zletilá).

datum

.....

podpis lékaře, který provedl poučení

.....

identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb

datum

.....

podpis osoby, která vyslovila „dříve vyslovené přání“
(včetně úředního ověření)

Příloha č. 2

Dříve vyslovené přání

Já, níže podepsaný/podepsaná , r. č., pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující dříve vyslovené přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., resp. předběžné prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., o zdravotních službách:

Článek I.

Pro případ, že

.....
.....
.....

(např.:

1. má schopnost vnímat a chápat okolí bude podstatným způsobem narušena tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý/á na dopomoci jiné osoby,

2. můj stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí včetně umělé výživy a hydratace,

3. se budu nacházet v terminální fázi nevyléčitelného onemocnění nebo v jiném medicínsky nadále neovlivnitelném nepříznivém stavu bez naděje na jeho zlepšení,

apod.)

souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče:

.....
.....
.....

(např. tišení obtíží, tedy bolesti, neklidu, strachu, dušnosti nebo nevolnosti, podávání antibiotik, umělé výživy, dialýzy, atd.), a tuto péči požaduji, a

nesouhlasím s péčí:

.....
.....
.....

(např. nasogastrická sonda, PEG sonda, umělá plicní ventilace, antibiotika, atd.), a tuto péči odmítám.

Článek II.

Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení mým lékařem v oboru MUDr., o důsledcích mého rozhodnutí.

.....
...

(Článek III.

S tímto mým dříve vysloveným přáním byl/a seznámen/a, který/á je plně informován/a o mých životních postojích podstatných pro výklad mého dříve vysloveného přání.

Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém dříve vysloveném přání či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, předběžné prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči rozhodoval/a o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání , r. č.)

Článek IV.

Toto dříve vyslovené přání platí od a bylo sepsáno ve vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumentace vedené u MUDr. a zbylá jsou uložena

V, dne

.....

(ověřený podpis)

.....

svědek (vč. identifikačních údajů)

.....

svědek (vč. identifikačních údajů)

Příloha č. 3

Dříve vyslovené přání

Já, níže podepsaný **Jméno Příjmení, narozený DD.MM.RRRR v Obci**, pro případ, že bych se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen vyslovit jasný a nepochybný souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující dříve vyslovené přání v souladu s § 36 zákona č. 372/2011 Sb., respektive předběžné prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., občanský zákoník:

Článek I.

Pro případ, že:

- budu více než 28 dní ve stavu poruchy vědomí, poškození duševních funkcí či poruchy smyslových nebo vyjadřovacích funkcí, znemožňujících mi vyjádřit srozumitelně svou vůli, ať již vlivem akutní či chronické choroby včetně infekce, úrazu, demence nebo patologického procesu jiného charakteru; nebo
- má schopnost vnímat, chápat okolí či starat se o sebe bude více než 28 dní narušena tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý na pomoci jiné osoby, případně bude můj stav k přežití vyžadovat přístrojovou, farmakologickou či jinou podporu životních funkcí, eventuálně umělou výživu; nebo
- se budu více než 28 dní nacházet v konečné fázi nevytěžitelného onemocnění či v jiném léčbou neovlivitelném nepříznivém stavu bez naděje na zlepšení,

souhlasím s tím, aby mi byla poskytována následující péče a léčba (i za cenu možného zkrácení života jako jejich nežádoucího účinku), a žádám o ně:

- dopomoc s přirozeným příjmem potravy a tekutin ústy, zvlhčování ústní dutiny;
- symptomatická terapie (například tlášení obtíží jako bolesti, neklidu, strachu, dušnosti, nevolnosti, vysoké horečky a podobně);
- paliativní sedace při nemožnosti dosažení komfortního stavu při plném vědomí;
- vypnutí případně přítomného kardiostimulátoru, kardioverteru, defibrilátoru či podobných zařízení, pokud nebude přítomna úplná závislost na takové stimulaci a pokud jejich deaktivace nepovede ke zjevné subjektivně nepříjemné symptomatologii,

a naopak nesouhlasím s následující péčí a tuto odmítám:

- odběry a vyšetření krve, moči či jiných tělních tekutin a tkání; zavádění kanyl, katetrů, sond i jiných vstupů vnímané jako bolestivé, dávivé či jinak trápivé;
- podávání léčiv, majících za cíl prodloužení života či prevenci život zkracujících nebo zhoršujících komplikací (kupříkladu antibiotika, antimykotika, antivirotika, bakteriofágy či jiné antiinfekční léky, antihypertenziva, antiagregancia, antikoagulancia, transfúzní přípravky či krevní deriváty, hormonální náhražky včetně inzulinu, minerálová substituce), tlaková podpora farmakologická či mechanická, endoskopické výkony, operační zákroky;
- zavádění či jiné použití kardiostimulátoru, kardioverteru či defibrilátoru, umělé dechové podpory, dialýzy či jiné očišťovací metody, pokusy o oživování při srdeční či dechové zástavě nebo zhoubné arytmii (umělé dýchání, srdeční masáž, defibrilace a podobně);
- hospitalizace či jiná ústavní péče, s výjimkou takové péče k tlášení symptomatických potíží nevládnutelných jinak či ze sociálních důvodů.

Článek II.

Můj lékař v oboru všeobecné praktické lékařství potvrzuje, že provedl poučení o důsledcích tohoto dříve vysloveného přání, včetně toho, že jeho realizace může vést ke zhoršení mého zdravotního stavu s možností trvalého tělesného či duševního poškození nebo i smrti.

Článek III.

S tímto mým dříve vysloveným přáním byla seznámena má manželka **JMÉNO PŘIJMENÍ, narozená DD.MM.RRRR, která je plně informována** o mých životních postojích podstatných pro výklad mého dříve vysloveného přání. Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém dříve vysloveném přání či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, předběžné prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči **rozhodovala** o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání právě **má výše zmíněná manželka**, při nemožnosti získání jejího rozhodnutí pak ve druhé řadě **mi potomci v pořadí od nejstaršího po nejmladšího**, ve třetí **můj bratr**.

Článek IV.

Toto dříve vyslovené přání platí od **DD.MM.RRRR** a má platnost až do mé smrti. Bylo sepsáno ve třech vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumentace uložené u praktického lékaře (při jeho změně budou předána aktuálnímu lékaři) a dvě jsou uložena v mé domácnosti.

V Obci, dne

Svědci:

V Obci, dne

.....
Jméno Příjmení

.....
Jméno Příjmení, nar. DD.MM.RRRR v Obci,
bytem Ulice ČČČ/ČČČ, Obec

V Obci, dne

.....
Jméno Příjmení, nar. DD.MM.RRRR v Obci,
bytem Ulice ČČČ/ČČČ, Obec

Potvrzení lékaře, jenž provedl poučení dle článku II:

V Obci, dne

Příloha č. 4

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE - PAGE 1 OF 7

PRINT YOUR NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBERS, AND BIRTH DATE

PART I

INITIAL THIS PARAGRAPH IF YOU DO NOT WANT TO NAME AN AGENT

PRINT THE NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBERS OF YOUR AGENT

PRINT THE NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBERS OF YOUR ALTERNATE AGENT

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization 2023 Revised.

My Personal Information

Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Telephone: _____ Cell Phone: _____

Birth Date: _____

PART I: Appointment of Agent (Health Care Power of Attorney)

This part allows you to name another person to make health care decisions for you when you cannot make decisions or speak for yourself.

A. No Agent

If you do not want to name an agent: initial the box below, then go to Part II; do not name an agent below. No one can force you to name an agent.

_____ I do not want to choose an agent.

B. My agent

Agent's Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Home Phone: () _____ Cell Phone: () _____ Work Phone: () _____

C. My Alternate Agent

This person will serve as your agent if your agent, named above, is unable or unwilling to serve.

Alternate Agent's Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Home Phone: () _____ Cell Phone: () _____ Work Phone: () _____

GENERAL
STATEMENT OF
AGENT'S
AUTHORITY

D. Agent's Authority

If I cannot make decisions or speak for myself (in other words, after my physician, physician assistant, or advance practice registered nurse ("APRN") finds that I lack health care decision making capacity under Section 75-2a-104 of the Advance Health Care Directive Act), my agent has the power to make any health care decision I could have made such as, but not limited to:

- Consent to, refuse, or withdraw any health care. This may include care to prolong my life such as food and fluids by tube, use of antibiotics, CPR (cardiopulmonary resuscitation), and dialysis, and mental health care, such as convulsive therapy and psychoactive medications. This authority is subject to any limits in paragraph F of Part I or in Part II of this Directive.
- Hire and fire health care providers.
- Ask questions and get answers from health care providers.
- Consent to admission or transfer to a health care provider or health care facility, including a mental health facility, subject to any limits in paragraphs E and F of part I.
- Get copies of my medical records.
- Ask for consultations or second opinions.

My agent cannot force health care against my will, even if a physician has found that I lack health care decision making capacity.

E. Other Authority

My agent has the powers below ONLY IF I initial the "yes" option that precedes the statement. I authorize my agent to:

Yes _____ No _____ Get copies of my medical records at any time, even when I can speak for myself.

Yes _____ No _____ Admit me to a licensed health care facility, such as a hospital, nursing home, assisted living, or other congregate facility for long-term placement other than convalescent or recuperative care, unless I agree to be admitted at that time.

INITIAL THE
STATEMENT THAT
REFLECTS YOUR
WISHES

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization
2023 Revised.

ADD INSTRUCTIONS
HERE ONLY IF YOU
WANT TO LIMIT OR
EXPAND YOUR
AGENT'S
AUTHORITY

F. I wish to limit or expand the powers of my health care agent as follows:

INITIAL WHETHER
YOU WANT TO
NOMINATE YOUR
AGENT AS YOUR
GUARDIAN IF YOU
NEED ONE

G. Nomination of Guardian

Even though appointing an agent should help you avoid a guardianship, a guardianship may still be necessary. Initial the "YES" option if you want the court to appoint your agent or, if your agent is unable or unwilling to serve, your alternative agent, to serve as your guardian, if a guardianship is ever necessary.

YES _____ NO _____

INITIAL WHETHER
YOU WANT YOUR
AGENT TO
CONSENT TO
MEDICAL RESEARCH

I being of sound mind and not under duress, fraud, or other undue influence, do hereby nominate my agent, or if my agent is unable or unwilling to serve, I hereby nominate my alternate agent, to serve as my guardian in the event that, after the date of this instrument, I become incapacitated.

INITIAL WHETHER
YOU WANT YOUR
AGENT TO DONATE
YOUR ORGANS

H. Consent to Participate in Medical Research

YES _____ NO _____ I authorize my agent to consent to my participation in medical research or clinical trials, even if I may not benefit from the results.

INITIAL WHETHER
YOUR AGENT MAY
OVERRIDE YOUR
INSTRUCTIONS OR
STRICTLY ABIDE BY
THEM

I. Organ Donation

YES _____ NO _____ If I have not otherwise agreed to organ donation, my agent may consent to the donation of my organs for the purpose of organ transplantation.

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization
2023 Revised.

J. Agent's Authority to Override Expressed Wishes

Yes _____ No _____ My agent may make decisions about health care that are different from the instructions in Part II of this form.

PART II

PART II: My Health Care Wishes (Living Will)

I want my health care providers to follow the instructions I give them when I am being treated, even if my instructions conflict with these or other advance directives. My health care providers should always provide health care to keep me as comfortable and functional as possible.

Choose only one of the following options, numbered Option 1 through Option 4, by placing your initials before the numbered statement. Do not initial more than one option. If you do not wish to document end-of-life wishes, initial Option 4. You may choose to draw a line through the options that you are not choosing.

INITIAL ONLY ONE OF OPTIONS 1-4

Option 1: _____ **I choose to let my agent decide.** I have chosen my agent carefully. I have talked with my agent about my health care wishes. I trust my agent to make the health care decisions for me that I would make under the circumstances.

Option 2: _____ **I choose to prolong life.** Regardless of my condition or prognosis, I want my health care team to try to prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

Option 3: _____ **I choose not to receive care for the purpose of prolonging life.** Including food and fluids by tube, antibiotics, CPR, or dialysis being used to prolong my life. I always want comfort care and routine medical care that will keep me as comfortable and functional as possible, even if that care may prolong life.

IF YOU INITIAL OPTION 3, INITIAL YOUR WISHES REGARDING YOUR

If you choose this option, you must also choose either (a) or (b), below.

HEALTH CARE PROVIDER'S ABILITY TO WITHHOLD OR WITHDRAW LIFE-SUSTAINING CARE

_____ (a) I put no limit on the ability of my health care provider or agent to withhold or withdraw life-sustaining care.

_____ (b) My health care provider should withhold or withdraw life-sustaining care if at least one of the following initialed conditions is met:

_____ I have a progressive illness that will cause death

_____ I am close to death and am unlikely to recover.

_____ I cannot communicate and it is unlikely that my condition will improve.

_____ I do not recognize my friends or family and it is unlikely that my condition will improve.

_____ I am in a persistent vegetative state.

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization 2023 Revised.

Option 4: _____ **I do NOT wish to express preferences about end-of-life health care wishes in this Directive.**

Organ Donation (optional)

_____ I do not want to be an organ donor.

_____ I want to be an organ donor. In the event of my death I request that my agent inform my family/next of kin of my desires to be an organ and tissue donor if possible. My wishes are indicated below.

I wish to give:

_____ any organs/tissues: or

_____ only the following organs/tissues: _____

Additional instructions about your health care wishes:

INITIAL ONLY ONE

ADD OTHER INSTRUCTIONS, IF ANY, REGARDING YOUR ADVANCE CARE PLANS

THESE INSTRUCTIONS CAN FURTHER ADDRESS YOUR HEALTH CARE PLANS, SUCH AS YOUR WISHES REGARDING HOSPICE TREATMENT, BUT CAN ALSO ADDRESS OTHER ADVANCE PLANNING ISSUES, SUCH AS YOUR BURIAL WISHES

ATTACH ADDITIONAL PAGES IF NEEDED

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization
2023 Revised.

(attach additional pages if needed)

PART III

PART III: Revoking My Directive

I may revoke or change this Directive by:

REVOCATION

1. Writing "void" across the form, or burning, tearing, or otherwise destroying or defacing this document or directing another person to do the same on my behalf;
2. Signing a written revocation of the Directive, or directing another person to sign a written revocation on my behalf;
3. Stating that I wish to revoke the Directive in the presence of a witness who is 18 years of age or older; will not be appointed as my agent in a substitute directive; will not become a default surrogate if the Directive is revoked; and signs and dates a written document confirming my statement;
4. Signing a new directive. (If you sign more than one Advance Health Care Directive, the most recent one applies.)

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization
2023 Revised.

Note: If you do not want emergency medical services providers to provide CPR or other life sustaining measures, you must work with a physician, physician assistant, or advance practice registered nurse ("APRN") to complete an order that reflects your wishes on a form approved by the Utah Department of Health.

PART IV

PRINT YOUR NAME

DATE AND SIGN AND PRINT RESIDENCE INFORMATION

RESTRICTIONS OR LIMITATIONS

HAVE YOUR WITNESS SIGN AND DATE AND PRINT NAME HERE

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization 2023 Revised.

PART IV: Making my Directive Legal

I _____ (your name), sign this Directive voluntarily. I understand the choices I have made and declare that I am emotionally and mentally competent to make this Directive. My signature on this form revokes any living will or power of attorney form, naming a health care agent, that I have completed in the past.

Date: _____

Signature: _____

City, County, and State of Residence: _____

I have witnessed the signing of this Directive, I am 18 years of age or older, and I am not:

1. Related to the declarant by blood or marriage;
2. Entitled to any portion of the declarant's estate according to the laws of intestate succession of any state or jurisdiction or under any will or codicil of the declarant;
3. A beneficiary of a life insurance policy, trust, qualified plan, pay on death account, or transfer on death deed that is held, owned, made, or established by, or on behalf of, the declarant;
4. Entitled to benefit financially upon the death of the declarant;
5. Entitled to a right to, or interest in, real or personal property upon the death of the declarant;
6. Directly financially responsible for the declarant's medical care;
7. A health care provider who is providing care to the declarant or an administrator at a health care facility in which the declarant is receiving care; or
8. The appointed agent or alternate agent.

Signature of Witness: _____, Date, _____

Witness printed name: _____

If the witness is signing to confirm an oral directive, describe below the circumstances under which the directive was made.

Courtesy of CaringInfo
www.caringinfo.org

Příloha č. 5

FLORIDA ADVANCE DIRECTIVE – PAGE 1 OF 6

INSTRUCTIONS

PRINT YOUR NAME

PRINT THE NAME,
HOME ADDRESS
AND TELEPHONE
NUMBER OF YOUR
SURROGATE

PRINT THE NAME,
HOME ADDRESS
AND TELEPHONE
NUMBER OF YOUR
ALTERNATE
SURROGATE

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

Part One. Designation of Health Care Surrogate

I, _____,
designate as my health care surrogate under s. [765.202](#), Florida Statutes:

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

If my health care surrogate is not willing, able, or reasonably available to perform his or her duties, I designate as my alternate health care surrogate:

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

Part One. Instructions for Health Care

I authorize my health care surrogate to:

() Receive any of my health information, whether oral or recorded in any form or medium, that:

- 1. Is created or received by a health care provider, health care facility, health plan, public health authority, employer, life insurer, school or university, or health care clearinghouse; and
2. Relates to my past, present, or future physical or mental health or condition; the provision of health care to me; or the past, present, or future payment for the provision of health care to me.

I further authorize my health care surrogate to:

() Make all health care decisions for me, which means he or she has the authority to:

- 1. Provide informed consent, refusal of consent, or withdrawal of consent to any and all of my health care, including life-prolonging procedures.
2. Apply on my behalf for private, public, government, or veterans' benefits to defray the cost of health care.
3. Access my health information reasonably necessary for the health care surrogate to make decisions involving my health care and to apply for benefits for me.
4. Decide to make an anatomical gift pursuant to part V of chapter 765, Florida Statutes.

() Specific instructions and restrictions:

Three horizontal lines for writing specific instructions and restrictions.

INITIAL THE SPACES THAT PRECEDE ANY AUTHORITY YOU WISH TO GIVE TO YOUR HEALTH CARE SURROGATE

AT THE BOTTOM, ADD OTHER INSTRUCTIONS, IF ANY, REGARDING YOUR ADVANCE CARE PLANS THESE INSTRUCTIONS CAN FURTHER ADDRESS YOUR HEALTH CARE PLANS, SUCH AS YOUR WISHES REGARDING HOSPICE TREATMENT, BUT CAN ALSO ADDRESS OTHER ADVANCE PLANNING ISSUES, SUCH AS YOUR BURIAL WISHES. ATTACH ADDITIONAL PAGES IF NEEDED

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

While I have decisionmaking capacity, my wishes are controlling and my physicians and health care providers must clearly communicate to me the treatment plan or any change to the treatment plan prior to its implementation.

To the extent I am capable of understanding, my health care surrogate shall keep me reasonably informed of all decisions that he or she has made on my behalf and matters concerning me.

THIS HEALTH CARE SURROGATE DESIGNATION IS NOT AFFECTED BY MY SUBSEQUENT INCAPACITY EXCEPT AS PROVIDED IN CHAPTER 765, FLORIDA STATUTES.

PURSUANT TO SECTION 765.104, FLORIDA STATUTES, I UNDERSTAND THAT I MAY, AT ANY TIME WHILE I RETAIN MY CAPACITY, REVOKE OR AMEND THIS DESIGNATION BY:

- (1) SIGNING A WRITTEN AND DATED INSTRUMENT WHICH EXPRESSES MY INTENT TO AMEND OR REVOKE THIS DESIGNATION;
- (2) PHYSICALLY DESTROYING THIS DESIGNATION THROUGH MY OWN ACTION OR BY THAT OF ANOTHER PERSON IN MY PRESENCE AND UNDER MY DIRECTION;
- (3) VERBALLY EXPRESSING MY INTENTION TO AMEND OR REVOKE THIS DESIGNATION; OR
- (4) SIGNING A NEW DESIGNATION THAT IS MATERIALLY DIFFERENT FROM THIS DESIGNATION.

MY HEALTH CARE SURROGATE'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE WHEN MY PRIMARY PHYSICIAN DETERMINES THAT I AM UNABLE TO MAKE MY OWN HEALTH CARE DECISIONS UNLESS I INITIAL EITHER OR BOTH OF THE FOLLOWING BOXES:

IF I INITIAL THIS BOX [___], MY HEALTH CARE SURROGATE'S AUTHORITY TO RECEIVE MY HEALTH INFORMATION TAKES EFFECT IMMEDIATELY.

IF I INITIAL THIS BOX [___], MY HEALTH CARE SURROGATE'S AUTHORITY TO MAKE HEALTH CARE DECISIONS FOR ME TAKES EFFECT IMMEDIATELY. PURSUANT TO SECTION 765.204(3), FLORIDA STATUTES, ANY INSTRUCTIONS OR HEALTH CARE DECISIONS I MAKE, EITHER VERBALLY OR IN WRITING, WHILE I POSSESS CAPACITY SHALL SUPERSEDE ANY INSTRUCTIONS OR HEALTH CARE DECISIONS MADE BY MY SURROGATE THAT ARE IN MATERIAL CONFLICT WITH THOSE MADE BY ME.

INITIAL IF YOU WISH TO GIVE YOUR HEALTHCARE SURROGATE AUTHORITY TO RECEIVE YOUR HEALTH INFORMATION NOW

INITIAL IF YOU WISH TO GIVE YOUR HEALTHCARE SURROGATE AUTHORITY TO MAKE HEALTH CARE DECISIONS NOW

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

DATE THE DOCUMENT
PRINT YOUR NAME
INITIAL ALL CONDITIONS THAT APPLY
ADD SURROGATE NAME AND ADDRESS
ADD ADDITIONAL INSTRUCTIONS, IF ANY
© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

Part Two. Living Will

Declaration made this _____ day of _____, _____,
(day) (month) (year)

I, _____,
willfully and voluntarily make known my desire that my dying not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and I do hereby declare that, if at any time I am incapacitate and:

- (initial all that apply)
_____ I have a terminal condition, or
_____ I have an end-stage condition, or
_____ I am in a persistent vegetative state

and if my primary physician and another consulting physician have determined that there is no reasonable medical probability of my recovery from such condition, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical procedure deemed necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain.

It is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and to accept the consequences for such refusal.

In the event that I have been determined to be unable to provide express and informed consent regarding the withholding, withdrawal, or continuation of life-prolonging procedures, I wish to designate, as my surrogate to carry out the provisions of this declaration:

Name: _____
Address: _____ Zip Code: _____
Phone: _____

I understand the full import of this declaration, and I am emotionally and mentally competent to make this declaration.

Additional Instructions (optional):

ORGAN DONATION
(OPTIONAL)

INITIAL ONLY ONE
OF THE FOUR
OPTIONS

IF YOU HAVE
ALREADY
ARRANGED TO
DONATE YOUR
ORGANS TO A
SPECIFIC DONEE,
INITIAL THIS
OPTION, AND
INDICATE THE
DETAILS OF YOUR
ARRANGEMENT
HERE

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization. 2023
Revised.

ORGAN DONATION (OPTIONAL)

I hereby make this anatomical gift, if medically acceptable, to take effect on death. The words and marks below indicate my desires:

I give (initial one choice below):

_____ any needed organs, tissues, or eyes for the purpose of transplantation, therapy, medical research, or education;

_____ only the following organs, tissues, or eyes for the purpose of transplantation, therapy, medical research, or education:

_____ my body for anatomical study if needed. Limitations or special wishes, if any:

_____ I have already arranged to donate

_____ Any needed organs, tissues, or eyes,

_____ The following organs, tissues, or eyes:

to the following donee: _____

Phone: _____

Address: _____

_____ Zip Code: _____

FLORIDA ADVANCE DIRECTIVE – PAGE 6 OF 6

Part Three. Execution

SIGN AND DATE
THE DOCUMENT

Signature Date

PRINT YOUR NAME
AND ADDRESS

Printed Name

Address

City State

TWO WITNESSES
MUST SIGN, DATE,
AND PRINT THEIR
ADDRESSES

SIGNATURES OF WITNESSES:

Signature of First Witness Date

Printed Name of First Witness

Address of First Witness

City State Zip

Signature of Second Witness Date

Printed Name of Second Witness

Address of Second Witness

City State Zip

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

Příloha č. 6

**NEW YORK HEALTH CARE PROXY AND
LIVING WILL – PAGE 1 OF 6**

PART I
PRINT YOUR NAME

PRINT NAME,
HOME ADDRESS
AND TELEPHONE
NUMBER OF
YOUR AGENT

PRINT NAME, HOME
ADDRESS
AND TELEPHONE
NUMBER OF YOUR
ALTERNATE AGENT

ADD INSTRUCTIONS
HERE ONLY IF YOU WANT
TO LIMIT YOUR AGENT'S
AUTHORITY

SPECIFY THE DATE OR
CONDITIONS FOR
EXPIRATION, IF ANY

© 2005 National Hospice and
Palliative Care Organization.
2023 Revised.

Part I. Health Care Proxy

I, _____, hereby appoint:
(name)

(name, home address and telephone number of agent)

as my health care agent.

In the event that the person I name above is unable, unwilling, or reasonably unavailable to act as my agent, I hereby appoint

(name, home address and telephone number of agent)

as my health care agent.

This health care proxy shall take effect in the event I become unable to make my own health care decisions.

My agent has the authority to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise here:

Unless I revoke it, this proxy shall remain in effect indefinitely, or until the date or condition I have stated below. This proxy shall expire (specific date or conditions, if desired):

Part II. NEW YORK HEALTH CARE PROXY AND LIVING WILL – PAGE 3 OF 6

PART II

This Living Will has been prepared to conform to the law in the State of New York, and is intended to be "clear and convincing" evidence of my wishes regarding the health care decisions I have indicated below.

PRINT YOUR NAME

I, _____, being of sound mind, make this statement as a directive to be followed if I become unable to participate in decisions regarding my medical care. These instructions reflect my firm and settled commitment to regarding health care under the circumstances indicated below:

LIFE-SUSTAINING TREATMENTS

I direct that my health care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below: **(Initial only one box)**

INITIAL ONLY ONE CHOICE: (a) OR (b)

(a) **Choice NOT To Prolong Life**

IF YOU DO NOT AGREE WITH EITHER CHOICE, YOU MAY WRITE YOUR OWN DIRECTIONS ON THE NEXT PAGE

I do not want my life to be prolonged if I should be in an incurable or irreversible mental or physical condition with no reasonable expectation of recovery, including but not limited to: (a) a terminal condition; (b) a permanently unconscious condition; or (c) a minimally conscious condition in which I am permanently unable to make decisions or express my wishes. While I understand that I am not legally required to be specific about future treatments if I am in the condition(s) described above I feel especially strongly about the following forms of treatment:

IF YOU INITIAL BOX (a), YOU MAY INITIAL SPECIFIC TREATMENTS YOU WOULD LIKE WITHHELD

-] I do not want cardiac resuscitation.
-] I do not want mechanical respiration.
-] I do not want artificial nutrition and hydration.] I do not want antibiotics.

OR

(b) **Choice To Prolong Life**

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
2023 Revised.

**NEW YORK HEALTH CARE PROXY AND
LIVING WILL – PAGE 4 OF 6**

RELIEF FROM PAIN:

Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort should be provided at all times even if it hastens my death:

ADD ADDITIONAL
INSTRUCTIONS HERE
ONLY IF YOU WANT TO
LIMIT PAIN RELIEF

OTHER WISHES:

(If you do not agree with any of the optional choices above and wish to write your own, or if you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.) I direct that:

ADD OTHER
INSTRUCTIONS, IF ANY,
REGARDING YOUR
ADVANCE CARE PLANS

THESE INSTRUCTIONS
CAN FURTHER ADDRESS
YOUR HEALTH CARE
PLANS, SUCH AS YOUR
WISHES REGARDING
HOSPICE TREATMENT,
BUT CAN ALSO ADDRESS
OTHER ADVANCE
PLANNING ISSUES, SUCH
AS YOUR BURIAL WISHES

ATTACH ADDITIONAL
PAGES IF NEEDED

These directions express my legal right to refuse treatment, under the law of New York. I intend my instructions to be carried out unless I have rescinded them in a new writing or by clearly indicating that I have changed my mind.

My agent, if I have appointed one in Part I or elsewhere, has full authority to resolve any question regarding my health care decisions, as recorded in this document or otherwise, and what my choices may be.

© 2005 National Hospice
and Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

ORGAN
DONATION
(OPTIONAL)

INITIAL THE BOX THAT
AGREES WITH YOUR
WISHES ABOUT ORGAN
DONATION

INITIAL ONLY ONE

STRIKE THROUGH ANY
USES YOU DO NOT AGREE
TO

© 2005 National Hospice
and Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

**NEW YORK HEALTH CARE PROXY AND
LIVING WILL – PAGE 5 OF 6**

OPTIONAL ORGAN DONATION:

Upon my death: (initial only one applicable box)

(a) I do not give any of my organs, tissues, or parts and do not want my agent, guardian, or family to make a donation on my behalf;

(b) I give any needed organs, tissues, or parts;

OR

(c) I give the following organs, tissues, or parts only:

My gift, if I have made one, is for the following purposes:
(strike any of the following you do not want)

- (1) Transplant
- (2) Therapy
- (3) Research
- (4) Education

**NEW YORK HEALTH CARE PROXY AND
LIVING WILL – PAGE 6 OF 6**

PART III

SIGN AND DATE
THE DOCUMENT
AND PRINT YOUR NAME
AND
ADDRESS

WITNESSING
PROCEDURE

YOUR
WITNESSES
MUST SIGN AND DATE
AND
PRINT THEIR NAMES AND
ADDRESSES HERE

© 2005 National Hospice
and Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

Part III. Execution

Signed _____ Date _____

Print Name _____

Address _____

I declare that the person who signed this document appeared to execute the living will willingly and free from duress. He or she signed (or asked another to sign for him or her) this document in my presence.

Witness 1

Signed _____ Date _____

Print Name _____

Address _____

Witness 2

Signed _____ Date _____

Print Name _____

Address _____

Courtesy of CaringInfo
www.caringinfo.org

EXPLANATION

HAWAII ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE — PAGE 1 OF 11

EXPLANATION

You have the right to give instructions about your own health care. You also have the right to name someone else to make health-care decisions for you. This form lets you do either or both of these things. It also lets you express your wishes regarding the designation of your health-care provider. If you use this form, you may complete or modify all or any part of it. You are free to use a different form.

Part 1 of this form is a power of attorney for health care. Part 1 lets you name another individual as agent to make health-care decisions for you if you become incapable of making your own decisions or if you want someone else to make those decisions for you now even though you are still capable. You may name an alternate agent to act for you if your first choice is not willing, able, or reasonably available to make decisions for you. Unless related to you, your agent may not be an owner, operator, or employee of a health-care institution where you are receiving care.

Unless the form you sign limits the authority of your agent, your agent may make all health-care decisions for you. This form has a place for you to limit the authority of your agent. You need not limit the authority of your agent if you wish to rely on your agent for all health-care decisions that may have to be made. If you choose not to limit the authority of your agent, your agent will have the right to:

- (a) Consent or refuse consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or otherwise affect a physical or mental condition;
- (b) Select or discharge health-care providers and institutions;
- (c) Approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, programs of medication, and orders not to resuscitate; and
- (d) Direct the provision, withholding, or withdrawal of artificial nutrition and hydration and all other forms of health care.

Part 2 of this form lets you give specific instructions about any aspect of your health care. Choices are provided for you to express your wishes regarding the provision, withholding, or withdrawal of treatment to keep you alive, including the provision of artificial nutrition and hydration, as well as the provision of pain relief medication. Space is provided for you to add to the choices you have made or for you to write out any additional wishes.

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

HAWAII ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE — PAGE 2 OF 11

EXPLANATION
CONTINUED

Part 3 of this form allows you to give instructions about your wishes for organ donation.

Part 4 of this form lets you designate a physician to have primary responsibility for your health care.

After completing this form, sign and date the form at the end and have the form witnessed by one of the two alternative methods listed below. Give a copy of the signed and completed form to your physician, to any other health-care providers you may have, to any health-care institution at which you are receiving care, and to any health-care agents you have named. You should talk to the person you have named as agent to make sure that he or she understands your wishes and is willing to take the responsibility. You have the right to revoke this advance health-care directive or replace this form at any time.

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

HAWAII ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE — PAGE 3 OF 11

**PART 1
DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH-CARE DECISIONS**

(1) **DESIGNATION OF AGENT:** I designate the following individual as my agent to make health-care decisions for me:

(Name of individual you choose as agent)

(address) (city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone)

OPTIONAL: If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health-care decision for me, I designate as my first alternate agent:

(Name of individual you choose as first alternate agent)

(address) (city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone)

OPTIONAL: If I revoke the authority of my agent and first alternate agent or if neither is willing, able, or reasonably available to make a health-care decision for me, I designate as my second alternate agent:

(Name of individual you choose as second alternate agent)

(address) (city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone)

PRINT THE NAME,
HOME ADDRESS
AND HOME AND
WORK TELEPHONE
NUMBERS OF YOUR
PRIMARY AGENT

PRINT THE NAME,
HOME ADDRESS
AND HOME AND
WORK TELEPHONE
NUMBERS OF YOUR
FIRST ALTERNATE
AGENT

PRINT THE NAME,
HOME ADDRESS
AND HOME AND
WORK TELEPHONE
NUMBERS OF YOUR
SECOND
ALTERNATE
AGENT

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization. 2023
Revised.

ADD PERSONAL INSTRUCTIONS HERE ONLY IF YOU WANT TO LIMIT THE POWER OF YOUR AGENT

YOU MAY ADD INSTRUCTIONS THAT DO NOT LIMIT YOUR AGENT'S POWER IN PARAGRAPH (9), BELOW

INITIAL THE BOX IF YOU WISH YOUR AGENT'S AUTHORITY TO BECOME EFFECTIVE IMMEDIATELY, OTHERWISE YOUR AGENT WILL ONLY HAVE AUTHORITY IF YOU ARE DETERMINED TO BE UNABLE TO MAKE YOUR OWN DECISIONS

CROSS OUT AND INITIAL ANY STATEMENTS IN PARAGRAPHS 4 OR 5 THAT DO NOT REFLECT YOUR WISHES

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

(2) **AGENT'S AUTHORITY:** My agent is authorized to make all health-care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration, and all other forms of health care to keep me alive, **except** as I state here:

(Add additional sheets if needed.)

(3) **WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE:** My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health-care decisions unless I mark the following box. If I mark this box [], my agent's authority to make health-care decisions for me takes effect immediately.

(4) **AGENT'S OBLIGATION:** My agent shall make health-care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health-care decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

(5) **NOMINATION OF GUARDIAN:** If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able, or reasonably available to act as guardian, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

PART 2: INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out this part of the form. If you do fill out this part of the form, you may strike any wording you do not want.

(6) **END-OF-LIFE DECISIONS:** I direct that my health-care providers and others involved in my care provide, withhold or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below: **(Initial only one box)**

[] (a) **Choice NOT To Prolong Life**

I do not want my life to be prolonged if (i) I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, (ii) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or (iii) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, **OR**

[] (b) **Choice To Prolong Life**

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health-care standards.

(7) **ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION:** Artificial nutrition and hydration must be provided, withheld or withdrawn in accordance with the choice I have made in paragraph (6) unless I mark the following box. If I mark this box [], artificial nutrition and hydration must be provided regardless of your condition and regardless of the choice I have made in paragraph (6).

(8) **RELIEF FROM PAIN:** If I mark this box [], I direct that treatment to alleviate pain or discomfort should be provided to me even if it hastens my death.

INITIAL THE PARAGRAPH THAT BEST REFLECTS YOUR WISHES REGARDING LIFE-SUPPORT MEASURES

INITIAL THE BOX ONLY IF YOU WANT ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION REGARDLESS OF YOUR MEDICAL CONDITION

INITIAL THE BOX ONLY IF YOU WANT TREATMENT FOR PAIN AND TO PROVIDE COMFORT, EVEN IF IT MEANS YOU MAY DIE MORE QUICKLY

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

ORGAN DONATION (OPTIONAL)

INITIAL THE BOX THAT BEST REFLECTS YOUR WISHES

STRIKE ANY PURPOSES YOU DO NOT WANT

PRIMARY PHYSICIAN (OPTIONAL) PRINT THE NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER OF YOUR PRIMARY PHYSICIAN

PRINT THE NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER OF YOUR ALTERNATE PRIMARY PHYSICIAN (OPTIONAL)

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

PART 3: DONATION OF ORGANS AT DEATH (OPTIONAL)

- (10) Upon my death: (mark applicable box)
 - (a) I give any needed organs, tissues, or parts,
 - OR
 - (b) I give the following organs, tissues, or parts only

My gift is for the following purposes:
 (strike any of the following you do not want)

- (i) Transplant
- (ii) Therapy
- (iii) Research
- (iv) Education

PART 4: PRIMARY PHYSICIAN (OPTIONAL)

(11) I designate the following physician as my primary physician:

(name of physician)

(address) (city) (state) (zip code)

(phone)

OPTIONAL: If the physician I have designated above is not willing, able, or reasonably available to act as my primary physician, I designate the following physician as my primary physician:

(name of physician)

(address) (city) (state) (zip code)

(phone)

HAWAII ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE — PAGE 8 OF 11

(12) **EFFECT OF COPY:** A copy of this form has the same effect as the original.

(13) **EXECUTION**

This advance health-care directive will not be valid for making health-care decisions unless it is EITHER:

(A) signed by two qualified adult witnesses who are personally known to you and who are present when you sign or acknowledge your signature; the witnesses may not be a health-care provider employed at the health-care institution or health-care facility where you are receiving health care, an employee of the health-care provider who is providing health care to you, an employee of the health-care institution or health-care facility where you are receiving health care, or the person appointed as your agent by this document; at least one of the two witnesses may not be related to you by blood, marriage, or adoption or entitled to a portion of your estate upon your death under your will or codicil. (Use Alternative 1, below, if you decide to have your signature witnessed.)

OR

(B) acknowledged before a notary public in the state. (Use Alternative 2, below, if you decide to have your signature notarized.)

YOU MAY EITHER
HAVE YOUR FORM
WITNESSED OR
NOTARIZED

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

ALTERNATIVE NO. 1 (Sign with Two Witnesses)

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto signed my name this

_____ day of _____, _____.
(Day) (Month) (Year)

(Signature of Principal)

Witness Who is Not Related to or a Devisee of the Principal

I declare under penalty of false swearing pursuant to Section 710-1062, Hawaii Revised Statutes, that the principal is personally known to me, that the principal signed or acknowledged this power of attorney in my presence, that the principal appears to be of sound mind and under no duress, fraud or undue influence, that I am not the person appointed as agent by this document, and that I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility. I am not related to the principal by blood, marriage or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the estate of the principal upon the death of the principal under a will now existing or by operation of law.

(signature of witness and date)

(printed name of witness)

(address)

_____ (city) _____ (state) _____ (zip code)

SIGN AND DATE YOUR DOCUMENT HERE

WITNESS #1

THIS WITNESS CANNOT BE RELATED TO YOU OR BE ENTITLED TO ANY PORTION OF YOUR ESTATE

HAVE YOUR WITNESS SIGN AND DATE THE DOCUMENT AND THEN PRINT THEIR NAME AND ADDRESS

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023 Revised.

WITNESS #2

HAVE YOUR
WITNESS SIGN AND
DATE THE
DOCUMENT AND
THEN PRINT THEIR
NAME AND
ADDRESS

ALTERNATIVE NO. 1 (Sign with Two Witnesses, continued)

Witness Who May be Related to or a Devisee of the Principal

I declare under penalty of false swearing pursuant to Section 710-1062, Hawaii Revised Statutes, that the principal is personally known to me, that the principal signed or acknowledged this power of attorney in my presence, that the principal appears to be of sound mind and under no duress, fraud or undue influence, that I am not the person appointed as agent by this document, and that I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

(signature of witness and date)

(printed name of witness)

(address)

(city)

(state)

(zip code)

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
2023 Revised.

ALTERNATIVE NO. 2 (Sign before a Notary)

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto signed my name this

_____ day of _____, _____.
(Day) (Month) (Year)

(Signature of Principal)

State of Hawaii

County of _____

On this _____ day of _____, in the year
_____,

before me, _____ (insert name of notary
public) appeared _____, personally known
to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the
person whose name is subscribed to this instrument, and acknowledged
that he or she executed it.

Notary Seal

(Signature of Notary Public)

SIGN AND DATE
YOUR DOCUMENT
HERE

THIS PORTION
MUST BE FILLED
OUT BY A NOTARY
PUBLIC

Advance decision to refuse treatment



It is important to read factsheet 463, 'Advance decisions and advance statements' before filling out this form.

You can use this form to write down any specific treatments that you would not want to be given in the future, if you do not have mental capacity to refuse those treatments yourself at the time. It is helpful to include as much detail as you can, so it is better to write down the circumstances in which you would not want to receive the treatment.

This form will only be used if you do not have mental capacity to decide about having the specified treatment. It cannot be used to refuse basic care, comfort and support.

If you are refusing treatment which is, or could be, life-sustaining, you must state specifically that you are refusing it even if your life is at risk as a result.

First name, middle name(s), surname _____

_____ Date of birth _____

Address _____

_____ Postcode _____

Please state any distinguishing physical marks (to identify me in an emergency):

_____ NHS number (if known) _____

My values

You can explain why you are making this advance decision and what you value in life. This section is optional. You can set out any principles that are important to you, and that relate to how you are treated and cared for.

If you are refusing life-sustaining treatment you can explain how you want to be looked after at the end of your life. You could include any religious faith, spiritual beliefs or values that you have.

This information may be helpful for medical professionals, and may also help your family and friends to understand the decision you have made.

Refusal of treatment

I do not want to receive the specific treatment below in the circumstances specified next to each treatment.

If you are refusing a treatment that is or may be life-sustaining (such as artificial feeding or hydration, cardiopulmonary resuscitation or antibiotics) you must state in the box where you have described the treatment 'I am refusing this treatment even if my life is at risk as a result.'

For example, if you have written that you refuse artificial feeding or hydration you should write 'I refuse artificial feeding or hydration, even if my life is at risk as a result'.

I refuse the following specific treatments:

In these circumstances:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Signature

An advance decision to refuse life-sustaining treatment must be signed by you, or by another person in your presence and by your direction.

It **must also be witnessed** by someone else. The witness **must be physically present** when you (or the person you have directed to sign) sign and **must watch the signing** happen. Even if you are not refusing life-sustaining treatment it is a good idea to sign this form and have it witnessed.

I make this decision to refuse treatment voluntarily and I have mental capacity to do so.

My signature (or signature in my presence of the person directed by me to sign)

Date of signature

Witness name

Relationship of witness to you

Witness address

Postcode

I confirm that this advance decision refusing treatment was signed by the person making it, voluntarily, in my presence.

Witness signature

Date of witness signature

Details of healthcare professionals (optional)

I have discussed this decision with:

(name of healthcare professional, this may or may not be your GP)

Job title

Phone number

Address of their workplace

Do they have a copy of this decision?

Yes

No

If different from the above, my GP is:

Phone number

Address of their workplace

Postcode

Does your GP have a copy of this decision?

Yes

No

Details of people who know about this decision (optional)

_____ Name	_____ Phone number	_____ Relationship to you
_____ Name	_____ Phone number	_____ Relationship to you
_____ Name	_____ Phone number	_____ Relationship to you
_____ Name	_____ Phone number	_____ Relationship to you

Details of anyone you have appointed as your attorney under a Lasting power of attorney for health and welfare

_____ Name	_____ Phone number
_____ Address	_____ Postcode
_____ Name	_____ Phone number
_____ Address	_____ Postcode
_____ Name	_____ Phone number
_____ Address	_____ Postcode
_____ Name	_____ Phone number
_____ Address	_____ Postcode

Review dates (optional)

This advance decision to refuse treatment was reviewed, and confirmed by me on:

_____ Date	_____ Signed
_____ Date	_____ Signed

Alzheimer's Society operates in England, Wales and Northern Ireland. Registered charity number 296645.

Příloha č. 9



Advance decisions (directive) and statement

This is the advance directive of:

Full name:
Address:

I confirm that when making this directive, I am of sound mind with the mental capacity to comprehend the nature and consequences of my decisions and that I have not made it under the influence or harassment of anyone else. My decisions will stand even if life is at risk.

My decisions:

I do not want to receive the following medical treatment:

Please indicate as appropriate.

I refuse medical treatment to prolong my life or keep me alive by artificial means if:

I suffer a severe physical illness from which I am unlikely to recover in the opinion of two independent doctors (one of which is a consultant)

OR

I suffer a severe mental illness which is unlikely to improve and I have a severe physical illness from which I am unlikely to recover, in the opinion of two independent doctors (one of which is a consultant)

OR

I am permanently unconscious and have been so for a period of at least months and from which I am unlikely to recover in the opinion of two independent doctors (one of which is a consultant)

To find out more about informing companies and organisations, please visit our website: www.bereavementadvice.org

 Call freephone: 0800 258 5556

My decisions:

I wish to receive the following medical treatment:

Please indicate as appropriate.

- I wish to receive any medical treatment that will alleviate pain or distressing symptoms or will make me more comfortable. I understand that the result of this treatment may shorten my life.

- If I am pregnant and suffering from any of the above conditions, I wish to receive medical treatment which will prolong my life or keep me alive by artificial means only until such time as my child has been safely delivered.

Additional decisions on medical treatment:

Please include any further decisions here.

To find out more about informing companies and organisations, please visit our website: www.bereavementadvice.org

 Call freephone: **0800 258 5556**

General Practitioner (GP)

I have discussed this directive with my GP before signing it. Yes No

Please indicate as appropriate.

GP contact information:

Name:	
Address:	
Telephone:	
Signature:	Date:

I have given a copy of this document to the following people:

Please indicate as appropriate below, giving the full name for each.

- General Practitioner (GP):
- Consultant:
- Husband, wife, civil partner, partner:
- Other relative:
- Friend of long standing:

To find out more about informing companies and organisations,
please visit our website: www.bereavementadvice.org

 Call freephone: **0800 258 5556**

Signatures

Signature:	Date:
Print name:	

Witnesses

Your witness should be anyone other than your husband, wife, civil partner, partner, relative or a beneficiary in your will. Two witnesses are required.

I confirm that the above named signed this directive in my presence.

Witness Signature:	Date:
Print name:	

Witness Signature:	Date:
Print name:	

www.bereavementadvice.org

Bereavement Advice Centre is provided by Co-op Legal Services which is a trading name for Co-operative Legal Services Limited which is authorised and regulated by the Solicitors Regulation Authority under registration number 567391.

Příloha č. 10

Advance decision to refuse treatment (ADRT)

My name	If I become unconscious, these are the distinguishing features that could identify me:
Address	Date of birth:
	NHS no (if known):
	Hospital no (if known):
	Telephone number:

What is this document for?

This advance decision to refuse treatment has been written by me to specify **in advance** which treatments I don't want in future.

These are my decisions about my healthcare, **in the event that I have lost mental capacity and cannot consent to refuse treatment.**

This advance decision replaces any previous decision I have made.

Advice to the carer reading this document: Please check

- **Please do not assume that I have lost mental capacity before any actions are taken.**
I might need help and time to communicate when the time comes to need to make a decision.
- If I have lost mental capacity for a particular decision **check that my advance decision is valid, and applicable to the circumstances that exist at the time.**
- If the professionals are satisfied that this advance decision is valid and applicable this decision becomes legally binding and must be followed, including checking that it is has not been varied or revoked by me either verbally or in writing since it was made.
Please share this information with people who are involved in my treatment and need to know about it.
- **Please also check if I have made an advance statement about my preferences, wishes, beliefs, values and feeling that might be relevant to this advance decision.**

This advance decision does not refuse the offer or provision of basic care, support and comfort

Important note to the person making this advance decision:

If you wish to refuse a treatment that is (or may be) life-sustaining you must state in the boxes

"I am refusing this treatment even if my life is at risk as a result."

Any advance decision that states that you are refusing life-sustaining treatment **must be signed and witnessed on page 3.**

My name	
---------	--

My advance decision to refuse treatment

I wish to refuse the following specific treatments:	In these circumstances:

My signature (or nominated person)	Date of signature
------------------------------------	-------------------

Witness:	
Witness signature	Name of witness
Address of witness	Telephone of witness Date

Person to be contacted to discuss my wishes:	
Name	Relationship
Address	Telephone

I have discussed this with (eg. name of healthcare professional)	
Profession / Job title:	Date:
Contact details:	

I give permission for this document to be discussed with my relatives / carers	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (please tick one)	

Optional review	
Comment	Date/time:
Signature of person named on page 1:	Witness signature:

The following list identifies which people have a copy and have been told about this advance decision to refuse treatment (ADRT)

Name	Relationships	Telephone number

Further information (optional)

I have written the following information that is important to me.
It describes my hopes, fears and expectations of life and any potential health and social care problems.
It does not directly affect my advance decision to refuse treatment, but the reader may find it useful, for example to inform any clinical assessment if it becomes necessary to decide what is in my best interests.

Original source:
Advance Decisions to Refuse Treatment: a Guide for Health and Social Care Staff (2008).
Adapted by the North East Deciding right programme with permission from National End of Life Care Programme.

8 Seznam použité literatury

Advance decisions (directive) and statement, 2024. Bereavement Advice Center [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z:

https://assets.ctfassets.net/u9jphhpr3y8/4ELn4cQWtAwYXX2dKpjShr/4858db82a882087507d3e4a297dd5997/advance_decisions_directive_and_statement.pdf.

Advance Decision To Refuse Treatment, 2024, Alzheimer's Society [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2020-11/463-template-of-an-advance-decision-form.pdf>.

Advance Decision To Refuse Treatment (ADRT), 2008, St Luke's Hospice Plymouth [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.stlukes-hospice.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/ADRT-Advance-Decision-to-Refuse-Treatment-FORM.pdf>.

BOER, Marike. *Advance directives in dementia: Issues of validity and effectiveness*. [online] [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/profile/Cees-Hertogh/publication/26726193/figure/fig1/AS:601755519811602@1520481104686/Ty-pes-of-advance-directives.png>.

BRAZIER, Margaret a CAVE, Emma, 2016. *Medicine, Patients and the Law*. Manchester University Press. [online] [cit. 2024-02-09] Dostupné z: https://www.academia.edu/65958004/Medicine_patients_and_the_law.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar a kol., 2010. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 97 s.

ČESKO. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně [online] [cit. 15. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>.

DOLEŽAL, Tomáš a DOLEŽAL, Adam, 2023. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví: právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. 391 s.

Dříve vyslovené přání – šablona, 2014. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online] [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.nemta.cz/wp-content/uploads/2014/10/Dříve-vyslovené-přání.pdf>.

Florida Advance Directive, 2005. American Association of Retired Persons [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.caringinfo.org/wp-content/uploads/Florida.pdf>.

GUNTER-HUNT, Gail, MAHONEY, Jane E., SIEGER, Carol E., 2002. *A Comparison of State Advance Directive Documents*. The Gerontologist [online] [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/1/51/641490?login=true>.

Hawaii Advance Health-Care Directive, 2005. American Association of Retired Persons [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.caringinfo.org/wp-content/uploads/Hawaii.pdf>.

HECHTER, Michael a kol., 1999. *Do Values Matter? An Analysis of Advance Directives for Medical Treatment*. European Sociological Review [online] [cit. 2024-03-08]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/522766?seq=1>.

KARWACKA, Wioleta, 2015. *Medical translation*. Ways to translation [online] [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: https://www.academia.edu/25509796/Medical_translation

KARWACKA, Wioleta, 2014. *Quality assurance in medical translation*. The Journal of Specialised Translation [online] [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/314404824_Quality_assurance_in_medical_translation.

KESSEL, A. S. a MERAN, J., 1998. *Advance directives in the UK: legal, ethical, and practical considerations for doctors*. The British Journal of General Practice [online] [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410166/pdf/brjgenprac00086-0053.pdf>.

KREJČÍKOVÁ, Helena, 2016. *Dříve vyslovené přání – šablona*. [online] [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://modrapomnenka.cz/ke-stazeni/>.

LUSH, Denzil, 1993. *Advance Directives and Living Wills*. Journal of the Royal College of Physicians of London. [online] [cit. 2023-11-30] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396760/pdf/jrcollphyslond90361-0066.pdf>.

MATĚJEK, Jaromír, 2011. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha. Galén. 189 s.

- MONTALT, Vicent a DAVIES, Maria González, 2014. *Medical Translation Step by Step: Learning by Drafting* [online] [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Medical_Translation_Step_by_Step/eswJBAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=medical+translation+step+by+step&printsec=frontcover.
- NEWMARK, Peter, 1979. A layman's view of medical translation. *British Medical Journal* [online] [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1597100/pdf/brmedj00102-0027.pdf>.
- New York Health Care Proxy and Living Will, 2005. American Association of Retired Persons [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: https://www.caringinfo.org/wp-content/uploads/New_York.pdf.
- PALACIO, Cristina, 2015. *Advance Directives: A Short Primer*. University of Florida Health. [online] [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://ufhealth.org/assets/media/forms/advance-directives.pdf>.
- PRICE-WISE, Gail, 2008. *Language, Culture, And Medical Tragedy: The Case Of Willie Ramirez*. Health Affairs. [online] [cit. 2024-04-03]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/language-culture-and-medical-tragedy-case-willie-ramirez>.
- RICH, Ben A., 2004. *Current legal status of advance directives in the United States*. Wiener Klinische Wochenschrift. [online] [cit. 2024-02-01] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03040929>.
- STEINLE, Susan J., 1992. *Living wills in the United States and Canada: A Comparative Analysis*. Case Western Reserve Journal of International Law [online] [cit. 2023-12-11]. Dostupné z: <https://scholarlycommons.law.case.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1634&context=jil>.
- Šablona dříve vysloveného přání pro jurisdikci v Česku, 2018. Wikimedia Commons [online] [cit. 2024-04-28]. Dostupné z: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1c/Dříve_vyslovené_přání_pro_Čsko_001.pdf.

Utah Advance Health Care Directive, 2005. American Association of Retired Persons [online] [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.caringinfo.org/wp-content/uploads/Utah.pdf>.