



Values and Preferences Form

Formularz wartości i preferencji

Planning for my future care

Planowanie mojej opieki w przyszłości

EMR000120

What is a Values and Preferences Form?

Czym jest Formularz wartości i preferencji?

A Values and Preferences Form can be used to make a record of your values, preferences and wishes about your future health and personal care.

Formularz wartości i preferencji można wykorzystać do zapisania twoich wartości, preferencji i życzeń dotyczących przyszłej opieki zdrowotnej i osobistej.

What is advance care planning?

Czym jest planowanie wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości?

Advance care planning is a voluntary process of planning for future health and personal care that can help you to:

Planowanie wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości to dobrowolny proces planowania przyszłej opieki zdrowotnej i osobistej, który może pomóc:

- think through and plan what is important to you and share this plan with others
- przemyśleć i określić, co jest dla ciebie ważne oraz udostępnić ten plan innym osobom
- describe your beliefs, values and preferences so that your future health and personal care can be given with this in mind
- opisać swoje przekonania, wartości i preferencje, tak aby przyszła opieka zdrowotna i osobista mogła być świadczona z ich uwzględnieniem
- take comfort in knowing that someone else knows your wishes in case a time comes when you are no longer able to tell people what is important to you.
- zapewnić poczucie komfortu dzięki świadomości, że inni rozumieją twoje życzenia w przypadku niemożności zakomunikowania im, co jest dla ciebie ważne.

This form is one way to record your advance care planning discussions in Western Australia.

Ten formularz jest jednym ze sposobów zapisu planu wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości w Australii Zachodniej.

Why is the Values and Preferences Form useful? Dlaczego Formularz wartości i preferencji jest przydatny?

Thinking through the questions in the form may help you to consider what matters most to you in relation to your health and personal care and what you would like to let others know. Your wishes may not necessarily be health related but will guide treating health professionals, enduring guardian(s), and/or family and carer(s) when you are unwell including any special preferences, requests or messages. This is particularly useful at times when you are unable to communicate your wishes.

Przemyślenie pytań zawartych w formularzu może pomóc w refleksji nad tym, co jest dla Ciebie najważniejsze w kwestii Twojego zdrowia i opieki osobistej oraz tego, co chciałbyś przekazać innym. Twoje życzenia nie muszą być związane ze zdrowiem, ale będą wskazówką dla leczących Cię pracowników służby zdrowia, trwałego opiekuna (opiekunów) i/lub rodziny i opiekuna (opiekunów) w przypadku choroby, uwzględniając Twoje wszelkie specjalne preferencje, prośby lub wiadomości. Jest to szczególnie przydatne w sytuacjach, gdy nie jesteś w stanie przekazać swoich życzeń.

Are health professionals required to follow my Values and Preferences Form?

Czy pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do przestrzegania mojego Formularza wartości i preferencji?

The Values and Preferences Form is a non-statutory document as it is not recognised under specific legislation. In some cases, a Values and Preferences Form may be recognised as a Common Law Directive.

Formularz wartości i preferencji jest dokumentem nieustawowym, ponieważ nie jest uznawany na podstawie konkretnych przepisów prawnych. W niektórych przypadkach Formularz wartości i preferencji może zostać uznany za dyrektywę opartą na prawie powszechnym.

Common Law Directives are written or verbal communications describing a person's wishes about treatment to be provided or withheld in specific situations in future. There are no formal requirements for making Common Law Directives. It can be difficult to legally establish whether a Common Law Directive is valid and whether it should or should not be followed. For this reason, Common Law Directives are not recommended for making treatment decisions. If you intend to use this form as a Common Law Directive, you should seek legal advice.

Dyrektywy oparte na prawie powszechnym to pisemne lub ustne deklaracje opisujące życzenia danej osoby dotyczące zapewnienia lub zaprzestania metody leczenia w określonych sytuacjach w przyszłości. Nie ma formalnych wymogów dla tworzenia dyrektyw opartych na prawie powszechnym. Prawne ustalenie, czy dyrektywa taka jest ważna i czy powinna być przestrzegana, może być trudne. Z tego powodu dyrektywy oparte na prawie powszechnym nie są zalecane w przypadku podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Jeśli zamierzasz wykorzystać ten formularz jako dyrektywę, powinieneś zasięgnąć porady prawnej.

What is the difference between a Values and Preferences Form and an Advance Health Directive?

Jaka jest różnica pomiędzy Formularzem wartości i preferencji a Testamentem życia?

An Advance Health Directive is a legal document in WA that enables you to make decisions now about the treatment you would want – or not want – to receive if you ever became sick or injured and were incapable of communicating your wishes.

Testament życia jest dokumentem prawnym w Australii Zachodniej, który umożliwia podjęcie decyzji i wyrażenie bądź niewyrażenie zgody na leczenie, gdybyś kiedykolwiek zachorował lub doznał obrażeń i nie był w stanie przekazać swoich życzeń.

The questions in this Values and Preferences Form are the same as in Part 3 of the Advance Health Directive. The Advance Health Directive has additional sections with questions relating to treatment decisions, including life-sustaining treatments.

Pytania w Formularzu wartości i preferencji są takie same jak w części 3 Testamentu życia. Testament życia zawiera dodatkowe sekcje z pytaniami dotyczącymi decyzji dotyczących leczenia, w tym leczenia podtrzymującego życie.

Please note: If you wish to document decisions about life-sustaining treatments that you consent or do not consent to receiving, you should complete an Advance Health Directive instead.

Uwaga: Jeśli chcesz udokumentować decyzje dotyczące leczenia podtrzymującego życie, na które wyrażasz bądź nie wyrażasz zgody, powinieneś zamiast tego wypełnić Testament życia.

How should my Values and Preferences Form be stored and shared? Jak należy przechowywać i udostępniać Formularz wartości i preferencji?

It is important that people close to you know that you have made a Values and Preferences Form and where to find it.

Ważne jest, aby bliskie ci osoby wiedziały, że sporządziłeś Formularz wartości i preferencji oraz gdzie można go znaleźć.

Keep the original in a safe place. You can also store a copy online using [My Health record](#) (register and [upload your advance care planning document](#)).

Przechowuj oryginał w bezpiecznym miejscu. Możesz również przechowywać kopię online, korzystając z [My Health Record](#) (zarejestruj się i [prześlij swój dokument planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości](#)).

You may choose to give a copy to your:

Możesz zdecydować się na przekazanie kopii:

- family, friends and carers
- rodzinie, przyjaciołom i opiekunom
- enduring guardian(s) (EPG)
- trwałemu opiekunowi (opiekunom) (EPG)
- enduring attorney(s) (EPA)
- trwałemu pełnomocnikowi (pełnomocnikom) (EPA)

- GP or local doctor
- lekarzowi rodzinnemu lub miejscowemu
- other specialist(s) or health professionals
- innemu specjalistcie (specjalistom) lub pracownikom służby zdrowia
- residential aged care home
- placówce opieki nad osobami starszymi
- local hospital
- miejscowemu szpitalowi
- legal professional.
- przedstawicielowi zawodu prawniczego.

Make a list of the people who have a copy of your form as this will be a good reminder of who to contact if you decide to change or cancel your document(s) in future.

Zrób listę osób, które posiadają kopię twojego formularza, ponieważ będzie to dobre przypomnienie z kim należy się skontaktować, jeśli w przyszłości zdecydujesz się dokonać zmian lub anulować swój dokument (dokumenty).

Where can I get help or find more information? Gdzie mogę uzyskać pomoc lub znaleźć więcej informacji?

Visit healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning or contact the Department of Health WA Advance Care Planning Line for general queries and to order free advance care planning resources:

Odwiedź stronę healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning lub skontaktuj się z infolinią Advance Care Planning Line Departamentu Zdrowia Australii Zachodniej, aby uzyskać odpowiedzi na ogólne pytania i zamówić bezpłatne materiały dotyczące planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości:

Phone: 9222 2300

Telefon: 9222 2300

Email: acp@health.wa.gov.au

Email: acp@health.wa.gov.au

If English is not your first language, you may need help to understand and complete this form. Contact the National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI). You can search for a translator or interpreter via the Online Directory at naati.com.au/online-directory. The contact details for NAATI is 1300 557 470 or info@naati.com.au.



Jeśli angielski nie jest twoim językiem ojczystym, możesz potrzebować pomocy, aby zrozumieć i wypełnić ten formularz. Skontaktuj się z National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI). Możesz poszukać tłumacza pisemnego lub ustnego za pośrednictwem katalogu online pod adresem naati.com.au/online-directory. Dane kontaktowe NAATI to 1300 557 470 lub info@naati.com.au.

My personal details

Moje dane osobowe

Full name Imię i nazwisko			
Date of birth Data urodzenia			
Address Adres			
	Suburb Przedmieście	State Stan	Postcode Kod pocztowy
Phone number Numer telefonu			
Email E-mail			

You do not need to complete every question in this form. Cross out any questions you do not want to complete.

Nie musisz wypełniać każdego pytania w tym formularzu. Przekreśl wszystkie pytania, których nie chcesz wypełniać.

My major health conditions

Moje poważne schorzenia

Use this section to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

W tej sekcji możesz wymienić szczegóły dotyczące twoich poważnych schorzeń (fizycznych i/lub psychicznych).

Cross out this question if you do not want to complete it.

Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Please list any major health conditions below:

Prosimy o wymienienie poniżej wszelkich poważnych schorzeń:



My values and preferences

Moje wartości i preferencje

When talking with me about my health, these things are important to me

Podczas rozmowy ze mną na temat mojego zdrowia, te rzeczy są dla mnie ważne

Use this section to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

W tej sekcji możesz przekazać informacje o tym, co jest dla Ciebie ważne podczas rozmowy na temat twojego leczenia.

This might include:

Może to obejmować:

- How much do you like to know about your health conditions?
- Ile chcesz wiedzieć na temat swojej choroby?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Czego potrzebujesz, aby móc podjąć decyzje o leczeniu?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?
- Czy chcesz, aby niektórzy członkowie rodziny towarzyszyli ci podczas otrzymywania informacji od pracowników służby zdrowia?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your health:

Proszę opisz, co jest dla Ciebie ważne podczas rozmów z pracownikami służby zdrowia na temat twojego zdrowia:

These things are important to me

Te rzeczy są dla mnie ważne

Use this section to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

W tej sekcji możesz podać informacje o tym, co „dobre życie” oznacza dla Ciebie teraz i w przyszłości.

This might include:

Może to obejmować:

- What are the most important things in your life?
- Jakie rzeczy w Twoim życiu są najważniejsze?
- What does 'living well' mean to you?
- Co oznacza dla Ciebie „dobre życie”?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Proszę opisz, co oznacza dla Ciebie „dobre życie” teraz i w przyszłości. Skorzystaj z poniższego miejsca i/lub zaznacz, które pola są dla Ciebie ważne.

Please describe:

Proszę opisz:

Spending time with family and friends
Spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi

Living independently
Życie w sposób samodzielny

Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
Możliwość odwiedzenia mojego rodzinnego miasta, kraju pochodzenia lub spędzenia czasu na swojej ziemi

Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
Umiejętność dbania o siebie (np. branie prysznica, chodzenie do toalety, spożywanie posiłków)

Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
Aktywne spędzanie czasu (np. uprawianie sportu, spacer, pływanie, praca w ogrodzie)

Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering, pets, animals)
Czerpanie przyjemności z zajęć rekreacyjnych, hobby i zainteresowań (np. muzyka, podróże, wolontariat, zwierzęta)

Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities
(e.g. prayer, attending religious services)
Praktykowanie obrzędów religijnych, aktywności kulturowych, duchowych i/lub wspólnotowych (np. modlitwa, uczestnictwo w nabożeństwach)

Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
Życie zgodnie z moimi wartościami kulturowymi i religijnymi (np. jedzenie tylko żywności halal, koszernej)

Working in a paid or unpaid job
Płatna lub niepłatna praca

These are things that worry me when I think about my future health

Te rzeczy martwią mnie, gdy myślę o moim przyszłym stanie zdrowia

Use this section to provide information about things that worry you about your future health.

W tej sekcji możesz podać informacje o rzeczach, które martwią cię w kontekście twojego zdrowia w przyszłości.

If you become ill or injured in the future, what worries you most about what might happen?

Jeśli w przyszłości zachorujesz lub ulegniesz wypadkowi, czego się najbardziej obawiasz?

You may worry about being in constant pain, not being able to make your own decisions, or not being able to care for yourself.

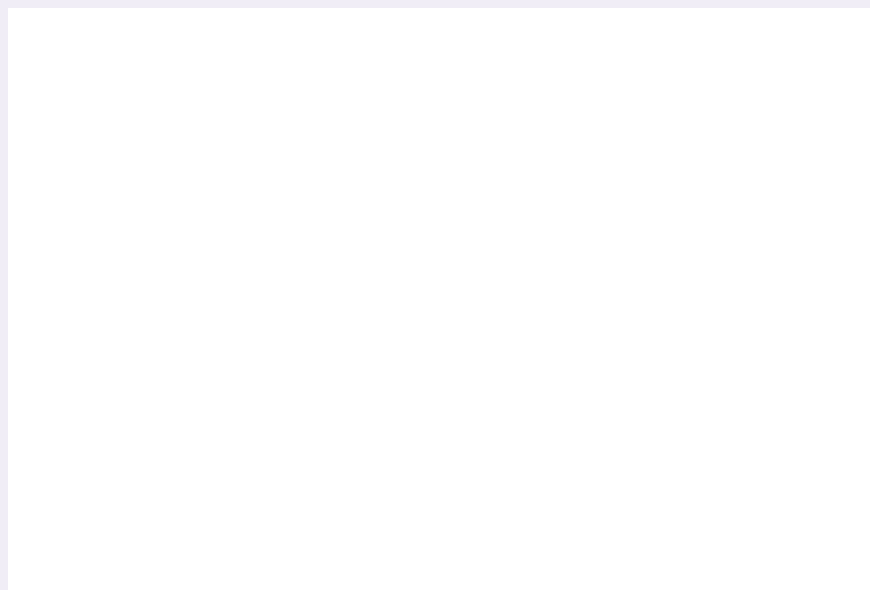
Możesz się martwić, że będziesz odczuwać ciągły ból, nie będziesz w stanie dbać o siebie lub podejmować samodzielnych decyzji.

Cross out this question if you do not want to complete it.

Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

Proszę opisz wszelkie obawy związane ze skutkami przyszłych chorób lub urazów:



When I am nearing death, this is where I would like to be

Kiedy będę bliski śmierci, chciałbym się znaleźć w tym miejscu

Use this section to indicate where you would like to be when you are nearing death.

W tej sekcji możesz wskazać, gdzie chciałbyś się znaleźć, gdy będziesz bliski śmierci.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Czy masz preferencje dotyczące tego, gdzie chciałbyś spędzić swoje ostatnie dni lub tygodnie, gdy będziesz bliski śmierci?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

Proszę wskaż miejsce, w którym chciałbyś się znaleźć, gdy będziesz bliski śmierci. Zaznacz opcję, która cię dotyczy. Możesz podać więcej szczegółów na temat wybranej opcji w miejscu poniżej.

I want to be at home – where I am living at the time
Chcę być w domu, w którym będę mieszkał w danym momencie

I do not want to be at home – provide more details below
Nie chcę być w domu – podaj więcej szczegółów poniżej

I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
Nie mam preferencji – chciałbym być tam, gdzie mogę otrzymać najlepszą opiekę dla moich potrzeb w danym momencie

Other – please specify:
Inne – proszę podaj:

Please provide more detail about your choice:

Proszę podaj więcej szczegółów dotyczących twojego wyboru:

When I am nearing death, these things are important to me

Te rzeczy są dla mnie ważne, gdy będę bliski śmierci

Use this section to provide information about what is important to you when you are nearing death.

W tej sekcji możesz podać informacje o tym, co będzie dla Ciebie ważne, gdy będziesz bliski śmierci.

- What would comfort you when you are dying?
- Co by Cię pocieszyło, gdy będziesz umierał?
- Who would you like around you?
- Kogo chciałbyś mieć wokół siebie?

Cross out this question if you do not want to complete it.

Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Proszę opisz, co jest dla Ciebie ważne i co by Cię pocieszyło, gdy będziesz bliski śmierci. Skorzystaj z poniższego miejsca i/lub zaznacz, które pola są dla Ciebie ważne.

Please describe:
Proszę opisz:

I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

Nie chcę cierpieć. Chcę, aby moje objawy były łagodzone i mieć zapewnione możliwie najbardziej komfortowe warunki. (Proszę podaj szczegóły, co oznaczają dla Ciebie komfortowe warunki)

I want to have my loved ones and/or pets and/or other items around me
(Please provide details of who you would like with you)

Chcę, aby byli przy mnie moi bliscy i/lub zwierzęta domowe i/lub inne przedmioty (proszę podaj szczegóły dotyczące tego, kogo chciałbyś mieć wokół siebie)

It is important to me that cultural or religious traditions are followed
(Please provide details of any specific traditions that are important for you)

Ważne jest dla mnie przestrzeganie tradycji kulturowych lub religijnych (proszę podaj szczegóły dotyczące konkretnych tradycji, które są dla ciebie ważne)

I want to have access to pastoral/spiritual care
(Please provide details of what is important for you)

Chcę mieć dostęp do opieki duszpasterskiej/duchowej (proszę podaj szczegóły tego, co jest dla ciebie ważne)

My surroundings are important to me (e.g. quiet environment, music, photographs, being on Country, being close to home) (Please provide details of what is important for you.)

Moje otoczenie jest dla mnie ważne (np. ciche otoczenie, muzyka, zdjęcia, przebywanie na swojej ziemi, bycie blisko domu) (proszę podaj szczegóły tego, co jest dla ciebie ważne)

Advance care planning related documents

Dokumenty związane z planowaniem wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości

Use this section to list where and with whom you have stored/shared copies of your Values and Preferences Form and other advance care planning related documents. Cross out this question if you do not want to complete it.

W tej sekcji możesz wymienić, gdzie i u kogo przechowywane/ udostępnione będą kopie Formularza wartości i preferencji oraz innych dokumentów związanych z planowaniem wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości. Przekreśl to pytanie, jeśli nie chcesz go wypełniać.

They have a copy of my:

Poniższe osoby posiadają kopię zawierającą mój:

	Values and Preferences Form Formularz wartości i preferencji	Advance Health Directive Testament życia	Enduring Power of Guardianship (EPG) Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki	Enduring Power of Attorney (EPA) Trwałe pełnomocnictwo	Will Testament
Details Dane osobowe					

Who else has a copy?

Kto jeszcze posiada kopię?

My family, friends and carers

Moja rodzina, przyjaciele i opiekunowie

Person 1 Osoba 1	Name Imię i nazwisko				
	Contact details Dane kontaktowe				
Person 2 Osoba 2	Name Imię i nazwisko				
	Contact details Dane kontaktowe				

My enduring guardian(s) Trwały opiekun (opiekunowie)				
Enduring guardian 1 Trwały opiekun 1	Name Imię i nazwisko			
	Contact details Dane kontaktowe			
Enduring guardian 2 Trwały opiekun 2	Name Imię i nazwisko			
	Contact details Dane kontaktowe			
My health professionals Pracownicy służby zdrowia				
GP Lekarz rodzinny	Name Imię i nazwisko			
	Contact details Dane kontaktowe			
Specialist/health professional 1 Specjalista/ pracownik służby zdrowia 1	Name Imię i nazwisko			
	Contact details Dane kontaktowe			
Specialist/health professional 2 Specjalista/ pracownik służby zdrowia 2	Name Imię i nazwisko			
	Contact details Dane kontaktowe			
Residential aged care facility Placówka opieki nad osobami starszymi	Facility name Nazwa placówki			
	Contact details Dane kontaktowe			
Local hospital Miejscowy szpital	Hospital name Nazwa szpitala			
	Contact details Dane kontaktowe			

continued
kontynuacja

**They have a copy of my:
Poniższe osoby posiadają kopię zawierającą mój:**

Details Dane osobowe	Values and Preferences Form Formularz wartości i preferencji	Advance Health Directive Testament życia	Enduring Power of Guardianship (EPG) Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki	Enduring Power of Attorney (EPA) Trwałe pełnomocnictwo	Will Testament
Online versions Wersje online					
My Health Record Moja kartoteka medyczna					
Other people who have a copy Pozostałe osoby, które posiadają kopię					

It is important to make sure you know where your original advance care planning document(s) are so that you (and your family) can access them easily if needed. It may be useful to keep them all in the same place.

Świadomość, w którym miejscu przechowywany jest twój oryginalny dokument (dokumenty) dotyczący planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości jest ważna, abyś ty (i twoja rodzina) mógł mieć do nich łatwy dostęp w razie potrzeby. Warto trzymać je wszystkie w jednym miejscu.

Document Dokument	Where do I keep the original of my current advance care planning document(s)? Gdzie przechowuję oryginał aktualnego dokumentu (dokumentów) dotyczącego planowania wyrażania oświadczeń woli w sprawie opieki w przyszłości?
Values and Preferences Form Formularz wartości i preferencji	
Advance Health Directive Testament życia	
Enduring Power of Guardianship (EPG) Trwałe pełnomocnictwo w zakresie opieki	
Enduring Power of Attorney (EPA) Trwałe pełnomocnictwo	
Will Testament	

Signing of Values and Preferences Form

Podpisanie Formularza wartości i preferencji

- You are encouraged to sign this Values and Preferences Form. If you are physically incapable of signing this Values and Preferences Form, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- Zachęcamy do podpisania tego Formularza wartości i preferencji. Jeśli nie jesteś w stanie fizycznie go podpisać, możesz poprosić inną osobę, aby podpisała go w twoim imieniu. Złożenie podpisu musi odbyć się w twojej obecności.

This is my true record on this date and I request that my values, beliefs and preferences are respected.

To jest mój prawdziwy zapis sporządzony w dniu dzisiejszym. Proszę o poszanowanie moich wartości, przekonań i preferencji.

Signed by:

(signature of person making this Values and Preferences Form)

Podpisane przez:

(podpis osoby sporządzającej Formularz wartości i preferencji)

Date: (dd/mm/year)

Data: (dd/mm/rrrr)

Or

Lub

Signed by:

(name of person who the maker of the Values and Preferences Form has directed to sign)

Podpisane przez:

(nazwisko osoby, którą osoba sporządzająca Formularz wartości i preferencji wyznaczyła do podpisania)

Date: (dd/mm/year)

Data: (dd/mm/rrrr)

In the presence of, and at the direction of:

(insert name of maker of Values and Preferences Form)

W obecności i działając na polecenie:

(wstaw imię i nazwisko osoby sporządzającej Formularz wartości i preferencji)

Date: (dd/mm/year)

Data: (dd/mm/rrrr)

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

Niniejszy dokument może być udostępniony w alternatywnych formatach na wniosek osoby niepełnosprawnej.

© Department of Health 2022

© Departament Zdrowia 2022

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

O ile nie zaznaczono inaczej, prawa autorskie do niniejszego materiału przysługują stanowi Australia Zachodnia. Poza uczciwym wykorzystaniem do celów prywatnych studiów, badań, krytyki lub recenzji, na co zezwalają przepisy *Ustawy o prawie autorskim z 1968 r.*, żadna część nie może być powielana ani ponownie wykorzystywana do jakichkolwiek celów bez pisemnej zgody stanu Australia Zachodnia.