

முன்னணி மருத்துவ வழிகாட்டி

தனிப்பட்ட விவரங்கள்

இந்த முன்னணி மருத்துவ வழிகாட்டி (வாழும் விருப்பம்) மற்றும் சுகாதார சட்டத்தரணி அனுமதி எனது மூலம் உருவாக்கப்பட்டுள்ளது.

முழு பெயர்	
பாலினம்	
பிறந்த தேதி	நாள்/மாதம்/ஆண்டு
அரசு அடையாளம்	1. ஆவணத்தின் பெயர்: 2. அடையாள எண்:
முழு நிரந்தர வசிப்பிடம்	
முழு தற்போதைய வசிப்பிடம்	
பஞ்சாயத்து/நகராட்சி	

நான் என் சொந்த உடல்நலம் மற்றும் மருத்துவ சிகிச்சை தொடர்பான முடிவெடுக்கையில் இனி பங்கேற்க முடியாத காலம் வந்தால், இந்த வழிகாட்டியை என் விருப்பங்களின் இறுதியாக்கமாகக் கருத வேண்டும்.

[நீங்கள் விரும்பினால், இந்த வழிகாட்டியை உருவாக்க விரும்பும் காரணங்கள் மற்றும் உங்கள் சார்பில் முடிவெடுக்கும்போது கவனிக்கப்பட வேண்டிய நம்பிக்கைகள் மற்றும் மதிப்பீடுகளைப் பற்றி மேலும் விவரங்களை வழங்கலாம்]

என் விருப்பங்களை இந்த ஆவணத்தில் உள்ள முதன்மை அடிப்படையாகக் கருத வேண்டும் என நான் அனைத்து தொடர்புடையவர்களை (என் பெயரிடப்பட்ட சுகாதார சட்டத்தரணிகள், என் சிகிச்சை குழு மற்றும் பிறர்) கேட்டுக்கொள்கிறேன், குறிப்பாக வாழ்க்கையைத் தொடர்வதற்கான சிகிச்சை தொடர்பான முடிவுகளில்.

வாழ்க்கையைத் தொடர்வதற்கான சிகிச்சைக்கு தொடர்பான வழிமுறைகள்

என் சிகிச்சை மருத்துவர் அல்லது குழு கீழ்க்கண்டதை தீர்மானித்தால்:

- இறுதி நிலை1, இறுதி நிலை அல்லது இறப்பு நிலை2 போன்ற நிலைகளில் மீளும்வாய்ப்பு இல்லை என்றால்; மற்றும்

1 இறுதி நிலை நிலை' என்பது காயம், நோய் அல்லது நோயினால் ஏற்படும் மீள முடியாத நிலை, இது படிப்படியாக கடுமையான மற்றும் நிரந்தரமான சீரழிவுக்கு வழிவகுத்தது, மேலும் இது மருத்துவ நிகழ்தகவின் நியாயமான அளவிற்கு, இந்த நிலைக்கு சிகிச்சை பயன்றதாக இருக்கும்.

2 'தாவர நிலை' என்பது ஒரு நபர் விழித்திருந்தாலும் விழிப்புணர்வின் எந்த அறிகுறிகளையும் காட்டாமல் இருப்பது. ஒரு நபர் குணமடைய வாய்ப்பில்லை அவர்கள் 6 மாதங்களுக்கும் மேலாக தாவர நிலையில் இருக்கும்போது (அதிர்ச்சியற்ற மூளைக் காயத்தால் ஏற்பட்டால்) அல்லது அதற்கு மேல் 12 மாதங்கள் (ஒரு அதிர்ச்சிகரமான மூளை காயம் ஏற்பட்டால்). (ஆதாரம்: தேசிய சுகாதார சேவைகள், யுனைடெட் கிங்டம்)

- மேலும் எந்தவொரு மருத்துவ தலையீடு அல்லது சிகிச்சை முறையும் செயற்கையாக இறக்கும் செயல்முறையை நீட்டிக்கும் நோக்கத்திற்கு மட்டுமே உதவும்

ஆயுட்காலம் நீடிக்கும் எந்தவொரு மருத்துவ முறையும்/சிகிச்சையும் நிறுத்தப்பட வேண்டும் அல்லது திரும்பப் பெறப்பட வேண்டும், மேலும் இயற்கை மரணம் அனுமதிக்கப்பட வேண்டும் என்று நான் அறிவுறுத்துகிறேன்

[இங்கே, அவ்வாறு செய்ய வேண்டிய அவசியமில்லை, ஆனால் நீங்கள் எதிர்பார்க்கும் சுகாதார நிலைமைகள் மற்றும்/அல்லது இந்த ஒவ்வொரு நிபந்தனைகளுக்காகவும் நீங்கள் நிறுத்தி வைக்க விரும்பும் அல்லது திரும்பப் பெற விரும்பும் வாழ்வாதார சிகிச்சையின் பிரத்தியேகங்களை வழங்கலாம். நீங்கள் விரும்புவதை அல்லது விரும்பாததைக் குறிப்பிட கீழே உள்ள பட்டியலில் ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட புள்ளிகளைக் குறிப்பிடலாம் (எ.கா. நீங்கள் காற்றோட்டத்தை மறுக்கலாம் ஆனால் கார்டியோ-நுரையீரல் புத்துயிர் பெற வேண்டும்):

குறிப்பாக, பின்வரும் மருத்துவ நடைமுறைகள் அல்லது சிகிச்சை முறைகளை நிறுத்திவைக்க அல்லது திரும்பப் பெறுவதை நான் வழிநடத்துகிறேன்:

1. கார்டியோ நுரையீரல் புத்துயிர்
2. நரம்பு வழி திரவங்கள் மற்றும் நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் உட்பட மருந்துகள்; ஆறுதல் அளிக்கக்கூடியவற்றைத் தவிர்த்து அல்லது துன்பம்/வலி நிவாரணம்
3. டயாலிசிஸ்
4. காற்றோட்டம் அல்லது பிற வகையான செயற்கை உயிர் ஆதரவு
5. கீமோதெரபி
6. கதிரியக்க சிகிச்சை
7. அறுவை சிகிச்சை, இது அறிகுறிகளைக் கட்டுப்படுத்துவதற்காக அல்லது எனது வாழ்க்கைத் தரத்தை மேம்படுத்துவதற்காக அல்ல
8. ஊட்டச் சத்து மற்றும் நீரேற்றம் போன்ற வழிகளில் செயற்கையாக நிர்வகித்தல், அது இறப்பதற்கான செயல்முறையை செயற்கையாக நீட்டிக்க மட்டுமே உதவும் (அறிகுறிக் கட்டுப்பாட்டின் ஒரு பகுதியாக அல்லது எனது வாழ்க்கைத் தரத்தை மேம்படுத்தும் வரை). பின்வரும் மருத்துவ நடைமுறைகள் அல்லது சிகிச்சையின் வடிவங்களை வழங்க அல்லது தொடருமாறு நான் அறிவுறுத்துகிறேன்: கார்டியோ-நுரையீரல் புத்துயிர்

1. நரம்பு வழி திரவங்கள் மற்றும் நுண்ணுயிர் எதிர்ப்பிகள் உட்பட மருந்துகள்; ஆறுதல் அளிக்கக்கூடியவற்றைத் தவிர்த்து அல்லது துன்பம்/வலி நிவாரணம்] மேலும், உயிர் காக்கும் சிகிச்சை நிறுத்தப்பட்டாலும்/திரும்பப் பெறப்பட்டாலும், எனக்கு ஆறுதல் பராமரிப்பு/ நோய்த்தடுப்பு சிகிச்சையை வழங்குவதற்காக அல்லது வலி, துயரம் அல்லது மனக் குழப்பம் போன்ற வடிவங்களில் உள்ள துன்பத்தைப் போக்க மருந்து நிர்வாகம் அல்லது மருத்துவ நடைமுறைகளின் செயல்திறனை நான் இயக்குகிறேன். [அல்லது உறுப்பு அல்லது உடல் தானம் செய்ய வசதி].

வாழ்க்கையின் இறுதிக் கவனிப்பின் போது ஆசைகள் அல்லது விருப்பங்கள்

[இந்தப் பிரிவு முற்றிலும் விருப்பமானது, ஆனால் இந்தச் சூழ்நிலைகளில் நீங்கள் விரும்புவதைச் சேர்க்க நீங்கள் தேர்வு செய்யலாம். சில எடுத்துக்காட்டுகள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன]

- **[சிகிச்சைக்கான இடத்தின் தேர்வு]** வாழ்க்கையின் இறுதிக் கவனிப்பின் காலத்திற்கு, நான் மருத்துவமனையில் தங்க விரும்புகிறேன் அல்லது தகுந்த மருத்துவ வசதி அல்லது நல்வாழ்வு இல்லம் அல்லது அதுபோன்ற நிறுவனத்தில்

அல்லது

- வீட்டிலேயே அத்தகைய நோய்த்தடுப்பு/ஆறுதல் பராமரிப்பு காலம். அல்லது எனது பெயரிடப்பட்ட ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னிகளால் தீர்மானிக்கப்பட்ட சாத்தியக்கூறுகளுக்கு உட்பட்டு [உங்கள் விருப்பமான நிறுவனத்தையும் நீங்கள் பெயரிடலாம்], அத்தகைய நோய்த்தடுப்பு/ஆறுதல் பராமரிப்பு காலத்திற்கு நான் **[நிறுவனத்தின் பெயர்(கள்)]** இருக்க விரும்புகிறேன்.
- **[சிகிச்சையளிக்கும் மருத்துவர் தேர்வு]** நான் [மருத்துவரின் பெயர், பதவி, நிறுவனத்தின் பெயர்] எடுக்க விரும்புகிறேன் இந்த கட்டத்தில் எனது சுகாதார பராமரிப்பு, கிடைக்கும் தன்மை மற்றும் சாத்தியக்கூறுக்கு உட்பட்டது.
- **[நீங்கள் எந்த சிறப்பு கவனம்/முன்னுரிமையையும் குறிப்பிடலாம்]** வாழ்க்கையின் இறுதிக் கவனிப்பின் போது, மன உளைச்சல் அல்லது குழப்பத்தைப் போக்க சிறப்பு கவனம் செலுத்த விரும்புகிறேன், அதனால் எனது அன்புக்குரியவர்களுடன் அர்த்தமுள்ள நேரத்தை செலவிட முடியும்.
- **[பாலின அடையாளத்தைக் குறிப்பிடுதல்]** சிகிச்சையின் மூலம், எனது பெயர் [பெயரைக் குறிப்பிடவும்] மற்றும் பாலினம் [பாலினம் மற்றும்/அல்லது பிரதிபெயர்களைக் குறிப்பிடவும்] அனைத்து சுகாதாரப் பணியாளர்கள், பராமரிப்பாளர்கள், உதவிப் பணியாளர்கள் மற்றும் பிறரால் மதிக்கப்பட வேண்டும் என்று நான் விரும்புகிறேன். அனைத்து வகையான ஆவணங்கள், என்னுடன் தொடர்புகொள்வது, மற்றவர்களுடன் என்னைப் பற்றிய தொடர்பு, எனது உடலைக் கையாளுதல் போன்றவற்றுக்கு இது மிகவும் முக்கியமானதாக இருக்கும். **[பரம்பரை அல்லாத உறவுகளுக்கு]** நான்
- **[கூட்டாளியின் பெயர்]** [எனது] எனக் குறிப்பிட விரும்புகிறேன். பங்குதாரர் அல்லது தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட காலம்] சுகாதாரப் பணியாளர்கள், பராமரிப்பாளர்கள், உதவிப் பணியாளர்கள் மற்றும் பிறரின் அனைத்து தகவல்தொடர்புகளிலும்.

ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னியின் அங்கீகாரம்

எந்தவொரு சிகிச்சை முடிவுகளை எடுப்பதற்கும் எனது விருப்பங்களே முதன்மையானவை என்பதை உறுதிப்படுத்தவும், அவ்வப்போது தேவைப்படும் என் மருத்துவ சிகிச்சைக்காக என் சார்பாக முடிவுகளை எடுக்கவும், நான் பரிந்துரைத்துள்ளேன்.] ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி (HC-PoA) விருப்பப்படி.

[குறைந்தது இரண்டு நபர்களை உங்கள் ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னியாக இருக்க நீங்கள் அங்கீகரிக்க வேண்டும். நீங்கள் அங்கீகரிக்க விரும்பினால் இரண்டு நபர்களுக்கு மேல், உங்கள் விருப்ப வரிசையை பட்டியலிட வேண்டும்.]

எனது விருப்பங்கள், அவர்களின் பொறுப்புகள் மற்றும் அவர்கள் முடிவெடுப்பார்கள் என்று எதிர்பார்க்கப்படும் சூழ்நிலைகள் குறித்துப் பெயரிடப்பட்டவர்களுடன் நான் விரிவாக விவாதித்துள்ளேன். அவர்கள் எனது ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னிகளாக பரிந்துரைக்கப்படத் தயாராக இருப்பதாகத் தெரிவித்தனர்.

பின்வரும் அதிகாரங்களைப் பயன்படுத்த எனது ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னியை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்:

- எனது சிகிச்சை, எனது உடல்நலப் பதிவுகள் மற்றும் சிகிச்சை குழுவுடனான எந்தவொரு தகவல்தொடர்புகள் குறித்தும் அவர்கள் சிகிச்சை குழுவிடமிருந்து மருத்துவத் தகவலைப் பெறலாம்; இந்த ஆவணத்தில் தேவையான என் விருப்பங்கள் தொடர்பாக
- அவர்கள் முடிவுகளை எடுக்கலாம் மற்றும் என் சார்பாக செயல்படலாம். இந்த உத்தரவுகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி முதன்மையாக எனது விருப்பங்களால் வழிநடத்தப்படும் எந்தவொரு கவனிப்பு, சிகிச்சை, சேவை அல்லது செயல்முறைக்கான ஒப்புதலை வழங்குதல், மறுத்தல் அல்லது திரும்பப் பெறுதல் ஆகியவை இந்த முடிவுகளில் அடங்கும், ஆனால் அவை மட்டும் அல்ல.

எனது ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னியால் எடுக்கப்பட்ட முடிவுகள், வேறு எந்த நபரும் வைத்திருக்கும் எந்தவிதமான முரண்பாடான கருத்துக்களையும் பொருட்படுத்தாமல் மதிக்கப்பட வேண்டும்.

பின்வரும் நபரை எனது முதன்மை சுகாதாரப் பவர் ஆஃப் அட்டர்னியாக அங்கீகரிக்கிறேன்.

எண்	விவரங்கள்	தகவல்
அ	முழுப்பெயர்	
ஆ	நிறைவேற்றுபவரின் உறவுமுறை	
இ	பிறந்த தேதி	நாள்/மாதம்/ஆண்டு
ஈ	அரசு அடையாளம்	1. ஆவணத்தின் பெயர்: 2. அடையாள எண்:
உ	மொபைல் எண்(கள்)	1. முதன்மை: 2. வேறு ஏதேனும்:
ஊ	மின்னஞ்சல்	1. முதன்மை: 2. வேறு ஏதேனும்

எண்	விவரங்கள்	தகவல்
எ	முழு நிரந்தர வசிப்பிடம்	
ஏ	இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிடும் தேதியின் வீட்டு முகவரி	

எனது முதன்மை சுகாதாரப் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி கிடைக்கவில்லை, அல்லது முடிவெடுக்க முடியாவிட்டால் அல்லது விருப்பமில்லாமல் இருந்தால், பின்வருவனவற்றை இந்த விருப்ப வரிசையில் எனது ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னியாகச் செயல்பட நான் அங்கீகரிக்கிறேன்

1

எண்	விவரங்கள்	தகவல்
அ	முழுப்பெயர்	
ஆ	நிறைவேற்றுபவரின் உறவுமுறை	
இ	பிறந்த தேதி	நாள்/மாதம்/ஆண்டு
ஈ	அரசு அடையாளம்	1. ஆவணத்தின் பெயர்: 2. அடையாள எண்:
உ	மொபைல் எண்(கள்)	1. முதன்மை: 2. வேறு ஏதேனும்:
ஊ	மின்னஞ்சல்	1. முதன்மை: 2. வேறு ஏதேனும்
எ	முழு நிரந்தர வசிப்பிடம்	
ஏ	இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிடும் தேதியின் வீட்டு முகவரி	

எண்	விவரங்கள்	தகவல்
அ	முழுப்பெயர்	
ஆ	நிறைவேற்றுபவரின் உறவுமுறை	
இ	பிறந்த தேதி	நாள்/மாதம்/ஆண்டு
ஈ	அரசு அடையாளம்	1. ஆவணத்தின் பெயர்: 2. அடையாள எண்:
உ	மொபைல் எண்(கள்)	1. முதன்மை: 2. வேறு ஏதேனும்:
ஊ	மின்னஞ்சல்	1. முதன்மை: 2. வேறு ஏதேனும்
எ	முழு நிரந்தர வசிப்பிடம்	
ஏ	இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிடும் தேதியின் வீட்டு முகவரி	

எண் மரணத்தின் போது பின்பற்ற வேண்டிய வழிமுறைகள்

[இந்தப் பிரிவு முற்றிலும் விருப்பமானது, ஆனால் இந்தச் சூழ்நிலைகளில் நீங்கள் விரும்புவதைச் சேர்க்க நீங்கள் தேர்வு செய்யலாம். சில எடுத்துக்காட்டுகள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன]

- [உறுப்பு தானம் போன்றவை பற்றிய குறிப்பு] நான் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட உறுப்பு தானம் செய்பவன் மனித உறுப்புகள் மற்றும் திசுக்களின் மாற்றுச் சட்டம், 1994. பரிந்துரைக்கப்பட்ட நடைமுறையின்படி, உறுப்பு தானம் செய்பவராக எனது தேர்வுகள் சட்டத்தின் படிவம் 7 இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன. குறிப்பு மற்றும் செயல்படுத்துவதற்காக இந்த ஆவணத்துடன் படிவத்தை இணைக்கிறேன். உடல் உறுப்பு தானம் தொடர்பான எனது விருப்பம் குறித்து எனது ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி உட்பட எனது அன்புக்குரியவர்களுக்கு தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

- [உடல்/பிண தானம்] மருத்துவ ஆராய்ச்சி மற்றும் நோக்கத்திற்காக எனது உடல் தானம் செய்யப்பட வேண்டும் என விரும்புகிறேன் கல்வி. இது சம்பந்தமாக, நான் எனது விருப்பத்தை [மருத்துவக் கல்லூரியின் பெயர் அல்லது உடல் நன்கொடை NGO] க்கு தெரிவித்து, தேவையான ஒப்புதல் படிவங்களை சமர்ப்பித்து, அதற்கான நடைமுறையை என் பங்கில் பூர்த்தி செய்துள்ளேன். உடல் தானம் தொடர்பான எனது விருப்பம் குறித்து எனது ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி உட்பட எனது அன்புக்குரியவர்களுக்கு தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.
- [இறுதிச் சடங்குகள்/இறுதிச் சடங்குகள் தொடர்பான விருப்பங்கள் - குறிப்பாக நாத்திகர்கள் அல்லது தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட மதங்களைக் கொண்டவர்களுக்கு முக்கியம்] எனது இறுதிச் சடங்குகள் [மதத்தின் பெயர்] நடைமுறைகளின்படி செய்யப்பட வேண்டும் என்று விரும்புகிறேன். அல்லது எனது மரணத்தின் போது எந்த மதச் சடங்குகளும் செய்யப்படுவதை நான் விரும்பவில்லை. தேவையான அனைத்து மருத்துவ அல்லது சட்டப்பூர்வ நடைமுறைகள் முடிந்ததும், எனது உடல் தகனம்/புதைக்கப்பட வேண்டும்/[வேறு ஏதேனும் செயல்முறை] செய்யப்பட வேண்டும் என்று நான் விரும்புகிறேன்.

பிரகடனம் (கட்டாயமானது)

இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிட்டு செயல்படுத்தும் போது நான் உறுதியளிக்கிறேன்,

- [செயல்படுத்துபவர் படிப்பறிவற்றவராக இருந்தால், இந்த முதல் புள்ளியைச் சேர்க்கவும்] இந்த ஆவணம் எனது படி வரைவு செய்யப்பட்டது திசைகளும் அதன் உள்ளடக்கங்களும் எனக்கு வாசிக்கப்பட்டன.
- இந்த ஆவணத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எல்லாவற்றின் அர்த்தத்தையும் தாக்கங்களையும் புரிந்து கொள்ளும் திறனும் தகுதியும் என்னிடம் உள்ளது;
- இந்த ஆவணத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்தையும் நான் கவனமாக சிந்தித்து பரிசீலித்துள்ளேன்;
- எந்தவொரு நபரிடமிருந்தோ அல்லது நிறுவனத்திடமிருந்தும் எந்தவொரு வற்புறுத்தலோ, வற்புறுத்தலோ அல்லது தேவையற்ற செல்வாக்கின்றி, இந்த ஆவணத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்தையும் நான் விருப்பத்தோடும், தானாக முன்வந்தும் வெளிப்படுத்தி ஒப்புதல் அளித்துள்ளேன்.

WP (C) எண். 215/ 2005 (SC ஆணை) இல் MA எண். 1699/ 2019 இல் மாண்புமிகு இந்திய உச்ச நீதிமன்றத்தின் ஜனவரி 24, 2023 தேதியிட்ட உத்தரவுக்கு இணங்க இந்த உத்தரவு செயல்படுத்தப்படுகிறது. மேலும், இந்த உத்தரவின் நகல் மற்றும் ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி அனுப்பப்பட்டது:

- ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி(கள்) இந்த உத்தரவில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது.
- [குடும்பத்தின் பெயர்/தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட மருத்துவரின் பெயர் - விருப்பத்திற்குரியது]

- [சம்பந்தப்பட்ட உள்ளூர் அரசு - பஞ்சாயத்து, நகராட்சி, மாவட்ட நிர்வாகம், முனிசிபல் கார்ப்பரேஷன் போன்றவற்றின்] திறமையான அதிகாரி/பாதுகாவலர் [செயல்படுத்தப்பட்ட AMD-ஐ காப்பாளருக்கு அனுப்புவது அவசியம், ஆனால் அது இதை இங்கே குறிப்பிடுவது விருப்பமானது]

உத்தரவு செல்லுபடியாகும்

இந்த உத்தரவு மற்றும் ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னிகளுக்கான எனது அங்கீகாரங்கள் செல்லுபடியாகும் என்றும், நான் அதை மாற்றியமைக்கவோ அல்லது திரும்பப்பெறாத வரையில், எனது வாழ்நாள் முழுவதும் நடைமுறையில் இருக்கும் என்று நான் அறிவிக்கிறேன்.

எவ்வாறாயினும், இந்த ஆவணத்தின் திருத்தப்பட்ட பதிப்பை இயக்குவதற்கு எனக்கு உரிமை உள்ளது, இது எனது திசைகள்/விருப்பங்களில் மாற்றங்களைச் செய்கிறது அல்லது இந்த ஆவணத்தை முழுவதுமாக திரும்பப் பெறுகிறது. திருத்தப்பட்ட பதிப்பின் நகல்களை நான் இதனுடன் பகிர்ந்து கொள்கிறேன்:

- இந்த உத்தரவில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னி(கள்)
- [குடும்பத்தின் பெயர்/தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட மருத்துவரின் பெயர் - விருப்பத்திற்குரியது]
- [சம்பந்தப்பட்ட உள்ளாட்சி - பஞ்சாயத்து, நகராட்சி, மாவட்ட நிர்வாகம், முனிசிபல் கார்ப்பரேஷன் போன்றவற்றின் திறமையான அதிகாரி/பாதுகாவலர்] [அது அவசியம் செயல்படுத்தப்பட்ட AMD ஐ பாதுகாவலருக்கு அனுப்ப, ஆனால் இதை இங்கே குறிப்பிடுவது விருப்பமானது.

நிறைவேற்றுபவரின் கையொப்பம்

[முழு கையொப்பம் அல்லது கட்டைவிரல் பதிவு]

முழு பெயர்:

தேதி:

இடம்:

சாட்சிகளின் கையொப்பம்

ஒரு சாட்சியாக, ஆவணம் தானாக முன்வந்து எந்த வற்புறுத்தலும், வற்புறுத்தலும், தூண்டுதலும் அல்லது வற்புறுத்தலும் இன்றி நிறைவேற்றப்பட்டதில் எனது திருப்தியைப் பதிவு செய்கிறேன்

சாட்சி 1	கையெழுத்து
பெயர்: முகவரி: அரசு ஐடி: மின்னஞ்சல் ஐடி: மொபைல் எண்:	

ஒரு சாட்சியாக, ஆவணம் தானாக முன்வந்து எந்த வற்புறுத்தலும், வற்புறுத்தலும், தூண்டுதலும் அல்லது வற்புறுத்தலும் இன்றி நிறைவேற்றப்பட்டதில் எனது திருப்தியைப் பதிவு செய்கிறேன்

சாட்சி 2	கையெழுத்து
பெயர்: முகவரி: அரசு ஐடி: மின்னஞ்சல் ஐடி: மொபைல் எண்:	

தேதி:

இடம்:

நோட்டரிசேஷன்

ஹெல்த்கேர் பவர் ஆஃப் அட்டர்னிகளின் இந்த உத்தரவு மற்றும் அங்கீகாரம் கீழ் கையொப்பமிட்டவர்களின் முன்னிலையில் _____ (அறிவிப்பாளர்) கையொப்பமிடப்பட்டுள்ளது, மேலும் எந்தவொரு வற்புறுத்தலும் அல்லது தூண்டுதலும் அல்லது நிர்ப்பந்தமும் இல்லாமல் தானாக முன்வந்து ஆவணம் செயல்படுத்தப்பட்டதில் எனது திருப்தியைப் பதிவு செய்கிறேன்.

எனக்கு முன் கையெழுத்திட்டது

(நோட்டரியின் முழு பெயர்)

பொருத்தமான அதிகாரம், முத்திரை

தேதி:

இடம்: