

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人 \_\_\_\_\_ (簽名) 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選  )。

- 接受 安寧緩和醫療 (指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質)
- 接受 不施行心肺復甦術 (指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為)
- 接受 不施行維生醫療 (指末期病人不施行用以維持生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

是  否 成年 (簽署人為成年人或未成年之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎在場見證人(二)：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

簽署日期：中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列  打勾(無勾選者視同無須回復通知)：

註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人

2 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：衛生福利部(115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。



「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人 \_\_\_\_\_ (簽名) 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選  )。

- 接受 安寧緩和醫療 (指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質)
- 接受 不施行心肺復甦術 (指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為)
- 接受 不施行維生醫療 (指末期病人不施行用以維持生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

是  否 成年 (簽署人為成年人或未成年之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎在場見證人(二)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

簽署日期：中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列打勾(無勾選者視同無須回復通知)：

註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人

2「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：衛生福利部(115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

