

「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(定義說明請詳背面)
☐ 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)
☐ 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)
☐ 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 年滿二十歲(簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，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(10341臺北市大同區塔城街36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。