

東元醫療社團法人東元綜合醫 Ton-Yen General Hospital
預立醫療決定書

意願人：_____ 病歷號：_____

本人_____ (正楷簽名) 經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

意願人

姓名：_____ 簽署：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____

電話：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序 (請擇一進行)：

1、二名見證人在場見證：

見證人 1 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

見證人 2 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

2、公證：公證人認證欄位：

日期：中華民國_____年_____月_____日

說明：

- 一、 見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願、並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定(病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、 見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人之外的受遺贈人、遺體或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人(病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、 根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。

東元醫療社團法人東元綜合醫 Ton-Yen General Hospital

預立醫療決定書

第一部分 醫療照護選項

意願人：

病歷號：

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
一、末期病人	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
二、不可逆轉之昏迷	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
三、永久植物人狀態	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

東元醫療社團法人東元綜合醫 Ton-Yen General Hospital
預立醫療決定書

第一部分 醫療照護選項

意願人：_____ 病歷號：_____

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

東元醫療社團法人東元綜合醫 Ton-Yen General Hospital
預立醫療決定書

意願人：_____ 病歷號：_____

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

根據病人自主權利法，意願人_____於中華民國

國____年____月____日完成預立醫療照護諮商，特此核章以茲證明。

醫療機構核章欄位：

中華民國____年____月____日

東元醫療社團法人東元綜合醫 Ton-Yen General Hospital
預立醫療決定書

意願人：_____ 病歷號：_____

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

本人（正楷簽名）_____ 茲委任_____（擔任我的第_____順位醫療委任代理人），執行病人自主權利法第十條第三項相關權限。

【受委任之人】正楷簽名： _____
簽署日期：中華民國_____年_____月_____日
國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：
出生年月日：中華民國_____年_____月_____日
電話號碼：
住(居)所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

壹、第十條（醫療委任代理人之要件與權限）

意願人指定之醫療委任代理人，應以成年且具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

- 一、意願人之受遺贈人。
- 二、意願人遺體或器官指定之受贈人。
- 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

貳、第十一條（醫療委任代理人之終止委任及解任）

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。

東元醫療社團法人東元綜合醫 Ton-Yen General Hospital

預立醫療決定書

意願人：_____ 病歷號：_____

附件、其他照護與善終選項（若有想法，請選填）

本附件經由「預立醫療照護諮商」完成簽署與紀錄，將連同「預立醫療決定書」一併上傳，附件正本提供意願人與其關係人保管，作為意願人後事執行參考依據。

項目	我的善終意願與決定
一、 照 護 處 所	1、 我希望「執行預立醫療決定之後」的照護地點在： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>家裡 <input type="checkbox"/>長照機構 <input type="checkbox"/>醫院 <input type="checkbox"/>由親人決定 <input type="checkbox"/>由醫療委任代理人決定 <input type="checkbox"/>其他：_____ 2、 我希望臨終往生地點在： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>家裡 <input type="checkbox"/>長照機構 <input type="checkbox"/>醫院 <input type="checkbox"/>由親人決定 <input type="checkbox"/>由醫療委任代理人決定 <input type="checkbox"/>其他：_____
二、 遺 愛 捐 贈 / 後 事 安 排	1、 我願意器官捐贈： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>請提供我【器官捐贈同意書】 <input type="checkbox"/>我已完成【器官捐贈同意書】簽署 2、 我願意捐贈我的遺體，供大體解剖教學與病理剖驗使用。 3、 我希望的遺體處理方式： <input type="checkbox"/> 火化 <input type="checkbox"/> 不火化 4、 我希望的安葬方式： <input type="checkbox"/> 墓園(地) <input type="checkbox"/> 靈骨塔 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>環保自然葬(<input type="checkbox"/>樹葬<input type="checkbox"/>花葬<input type="checkbox"/>海葬) 5、 我希望的喪禮儀式（告別式/追思會）： _____ _____ _____
三、 宗 教 信 仰	1、 我的宗教或信仰對我而言： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>非常重要 <input type="checkbox"/>我不堅持 <input type="checkbox"/>我沒有特殊宗教或信仰 2、 我的宗教類別是： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>一貫道 <input type="checkbox"/>伊斯蘭教 <input type="checkbox"/>其他：_____ 3、 我希望醫療團隊知道我在宗教信仰或與身心靈照護相關的事宜： _____
四、 其 他	1、 您有比生命活著更重要的事： _____ _____ 2、 愛的話語：（您想讓您的親人知曉的事或其他話語。） _____ _____