

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

二親等內之親屬無法參與預立醫療照護諮商 聲明書

病歷號碼		姓名		性別		出生日期	
------	--	----	--	----	--	------	--

本人\_\_\_\_\_ (正楷簽名) 謹遵病人自主權利法，參與預立醫療照護諮商，然本人之二親等內親屬 因

死亡

失蹤

具特殊事由，事由為\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

均無法參與預立醫療照護諮商，特此聲明。

立聲明書人：\_\_\_\_\_ (簽名)

身分證字號：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※註：病人自主權利法第九條第二項—意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。