

건강 관리 지시서(생전 유언장)

성명: _____ 의무 기록 번호 : _____

생년월일: _____ / _____ / _____

지시서는 _____ 월 _____ 일 작성되었으며 _____, _____ (연도)

본인은 _____ 건전한 정신을 갖고 아래에 명시된 상황에서 내 죽음이 인위적으로 연장되지 않기를 자발적으로 알리고 다음과 같이 선언합니다.

(A) 언제든 주치의가 나에게 대해 불치의 말기 상태에 이르렀고 연명 치료가 죽음의 과정을 인위적으로 연장하는 데만 도움이 된다고 판단하는 경우 나는 그러한 치료를 보류 또는 철회하고 자연사하도록 내버려 둘 것을 지시합니다. 본인은 "말기 상태"가 합리적인 의학적 판단과 기준에 비취 일정 기간 내에 사망에 이르게 하는 부상, 질병 또는 질병으로 인한 상태로서 치료할 수 없고 돌이킬 수 없는 상태를 의미한다는 것을 이해합니다.

(B) 내가 돌이킬 수 없는 혼수 상태나 지속적인 식물인간 상태, 또는 두 의사가 인증한 기타 영구적인 무의식 상태에 있고 나에게 회복 가능성이 없다고 판단하면 연명의료 치료를 보류하거나 철회하십시오.

(C) 내가 말기 또는 영구적인 무의식 상태에 있는 것으로 진단되면 [하나를 선택하십시오]

___ 인공적으로 영양과 수분을 공급 받고 싶습니다.

___ 인공적으로 영양과 수분을 공급 받고 싶지 않습니다.

나는 인위적으로 투여된 영양과 수분 공급이 특정 상황에서 생명 유지 치료의 한 형태라는 것을 이해합니다. 본인은 나를 돌보는 모든 의료 서비스 제공자가 이 지시를 준수할 것을 요청합니다.

(D) 본인이 연명 절차의 사용에 관한 지시를 내릴 능력이 없는 경우, 저의 가족, 의사 및 기타 의료 제공자는 이 지시서를 근거로 본인이 의학적 또는 외과적 치료를 거부하는 것으로 판단해야 하며 위임장 등으로 본인을 대신해 의사결정을 내리도록 선임된 사람의 의사를 존중해야 합니다. 나는 그러한 거부의 결과를 받아들입니다.

(E) 내가 임신한 것으로 진단되었고 그 진단이 나의 의사에게 알려진 경우, 이 지시서는 임신 기간에는 효력이 없습니다.

(F) 본인은 이 지시서의 의미를 이해하며 이 지침을 내릴 수 있는 감정적, 정신적 능력이 있습니다. 나는 또한 언제든지 이 지침을 수정하거나 철회할 수 있음을 이해합니다.

(G) 본인은 본인의 진료와 관련하여 다음과 같은 추가 지시를 내립니다.

본인 서명과 공증인 또는 두 증인 서명이 다음 페이지에 필요

성명: _____ 의무 기록 번호 : _____

생년월일: _____ / _____ / _____

이 양식이 법적으로 유효하려면 두 명의 증인 또는 공증인이 이 양식에 서명하는 것을 지켜봐야 합니다.

본인 서명: _____

증인 또는 공증인 요건

증인 서명이나 공증이 없으면 이 양식은 법적으로 유효하지 않습니다.

옵션 1: 증인 두 명

증인 요건:

- 최소한 18세 이상이어야 하며 행위 능력이 있어야 합니다.
- 본인 또는 본인의 의료 대리인과 혈연, 결혼 또는 국가 등록 동거 관계에 있지 않아야 합니다.
- 본인의 홈 케어 제공자 또는 본인이 거주하는 성인 패밀리 홈 또는 장기 요양 시설의 케어 제공자가 될 수 없습니다.
- 지시서 집행 시 신고인의 사망으로 신고인의 재산 일부에 대해 청구권을 가진 사람이 아니어야 합니다.

증인 증명: 나는 증인이 되기 위한 규칙을 준수함을 선언합니다.

증인 #1 서명: _____ 날짜 : _____

성명 (정자 기재): _____

증인 #2 서명: _____ 날짜 : _____

성명 (정자 기재): _____

옵션 2: 공증인

워싱턴 주 _____)

)

카운티 _____)

이 기록은 본인 면전에서 _____월__일에

(개인의 이름)가 확인하였다.

서명: _____ 제목: _____ 만료일: _____

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

이 법적 양식은 공개적으로 사용 가능한 여러 버전 중 하나입니다. 법적 조언을 위한 것이 아닙니다. 질문이나 도움이 필요하면 법률 고문에게 문의하십시오. (08-2021)