



# 라이프 케어계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)



# 라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

성명: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

## 소개

본 영속적 의료 위임장 및 District of Columbia 선언 을 통해 향후 치료에 관한 귀하의 가치, 선택 및 소망하는 바를 공유할 수 있습니다. 본 양식은 다음과 같이 사용할 수 있습니다.

- 신뢰하는 사람을 지정하여 귀하를 위한 의료에 대해 선택하게 합니다
- 향후 귀하의 의료 관련 지시 내용을 서면으로 전달합니다.
- 영속적 의료 위임장을 지정하며 또한 향후 의료에 대한 지시를 서면으로 제공합니다.
- District of Columbia 선언, 즉 District of Columbia의 생전 유언장 초안을 작성합니다. 유언장을 통해 귀하의 건강상 문제가 말기 상태에 있으며 더이상 스스로 치료 결정을 내릴 수 없을 경우 의학적 진료에 관해 귀하가 소망하는 바를 명시할 수 있습니다. 담당 의사와 다른 한 명의 의사가 생명 유지 수술 사용 여부와 상관없이 사망에 이르게 하는 치료 불능의 질환이 귀하에게 있다고 진단하는 경우 해당 선언은 효력을 발휘합니다.

**파트 1**에서는 의료 대리인을 지정합니다.

**파트 2**에서는 귀하에게 중요한 가치를 공유할 기회가 주어집니다.

**파트 3**에서는 향후 귀하의 의료에 관한 지시 사항을 서면으로 전달합니다.

**파트 4**에서는 귀하의 희망과 소망하는 바를 명시하여 담당 대리인의 의사 결정을 인도해 줍니다.

**파트 5**에서는 영속적 의료 위임장 및/또는 District of Columbia 선언이 District of Columbia에서 법적 효력을 갖게 합니다.

**파트 6**에서는 귀하가 소망하는 바와 본 기록을 다른 사람과 공유하도록 준비합니다.

본 영속적 위임장은 귀하가 과거에 작성한 사전 의료 지시서를 대체합니다. 향후에 영속적 위임장을 취소하고자 할 경우, 담당 대리인에게 구두 또는 서면으로 이를 알리거나, 담당 의료 제공자에게 구두 또는 서면으로 이를 알리거나, 새로운 영속적 의료 위임장을 작성하여 이를 취소할 수 있습니다. 귀하의 배우자 또는 동거인을 담당 대리인으로 지정한 다음 결혼 또는 동거를 종료하는 경우, 해당 배우자 또는 동거인이 귀하를 대리할 수 있는 권한은 자동으로 취소됩니다.

귀하의 정신 상태와 관계없이 해당 선언은 언제든지 취소할 수 있으며, 그 방법으로는 문서를 파기하거나 태우거나 찢거나 그 외 방법으로 파손하거나, 귀하의 입회 하에 다른 사람에게 이를 해 줄 것을 알리거나; 담당 의사에게 전달했을 때 유효하며 날짜와 서명이 적힌 서면 취소 문서 작성을 다른 사람에게 요청하거나; 만 18세 이상의 증인 입회 하에 해당 선언을 구두로 철회하는 방법 등이 있으며, 이때 증인은 구두 취소의 증명서에 서명하고 날짜를 적어야 합니다. 구두 취소는 담당 의사에게 이를 알렸을 때 효력을 갖습니다.

성명: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_

주택 전화: \_\_\_\_\_ 휴대 전화: \_\_\_\_\_

직장 전화: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_



## 파트 1. 나의 영속적 위임장(의료 대리인)

의료 대리인 선택하기: 귀하에 대해 잘 알고 있으며, 귀하의 관점과 가치를 실천할 것으로 믿으며, 스트레스가 많은 상황에서도 어려운 결정을 내릴 수 있는 사람을 선택합니다. 의료 대리인을 정한 후에는 충분한 시간을 가지고 귀하의 관점과 의료 목적에 관한 이야기를 나누십시오.

본 위임장은 당사자 정상 생활이 불능 상태에 이를 때 효력을 가지며 이후 당사자의 정상 생활 불능 상태에 의한 영향을 받는 것은 아닙니다.

만일 본인이 의료 선택을 하고 이에 대한 의사 소통을 할 수 없으며, 담당 의사와 다른 숙련된 의료 전문가(임상 심리학자 또는 정신과 의사)가 서면으로 본인이 진료에 관해 정보에 근거한 의사 결정을 할 수가 없다는 점을 언명할 경우, 본인은 본인이 바라는 바를 존중하고 본인의 의료에 대한 의사 결정을 할 수 있도록 다음 사람을 선택합니다.

담당 의료 대리인은 본 문서의 본인 지시 사항 및 본인이 알린 소망 사항과 동일한 의료 선택을 해야 합니다. 담당 대리인이 본인이 바라는 바에 대해 모르고 있을 경우, 담당 대리인은 본인이 개인적으로 중요시하는 가치로 알고 있는 바를 명심하여 본인의 이익에 가장 부합한다고 판단하는 의료 결정을 내려야 합니다.

본 양식이 담당 의료 대리인에게 재정적 또는 기타 사업 관련 결정을 내릴 권한을 부여하는 것은 아닙니다.

### 본인의 주 의료 대리인:

성명: \_\_\_\_\_ 본인과의 관계: \_\_\_\_\_

자택 전화: \_\_\_\_\_ 휴대 전화: \_\_\_\_\_

직장 전화: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_

본인이 담당 주 의료 대리인의 권한을 취소하거나, 담당 주 대리인에게 본인에 대한 의료 결정을 내릴 의향이나 능력이 없거나, 해당 의료 서비스 제공자가 본인에 대한 의료 결정을 내릴 해당 대리인과 연락이 되지 않을 경우, 아래 사람들을 본인의 첫 번째 및 두 번째 대체 대리인으로 지정합니다.

### 첫 번째 대체 의료 대리인:

성명: \_\_\_\_\_ 본인과의 관계: \_\_\_\_\_

자택 전화: \_\_\_\_\_ 휴대 전화: \_\_\_\_\_

직장 전화: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_

### 두 번째 대체 의료 대리인:

성명: \_\_\_\_\_ 본인과의 관계: \_\_\_\_\_

자택 전화: \_\_\_\_\_ 휴대 전화: \_\_\_\_\_

직장 전화: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_



## 본인의 의료 대리인의 권한:

**본인이 달리 진술하지 않는 한, 담당 의료 대리인은 본인이 본인을 대변하거나 스스로 결정을 내릴 수 없을 때 다음의 권한을 갖습니다:**

- A. 해당 의료에 관해 본인에 대한 결정을 내립니다. 여기에는 검사, 약 및 수술에 관한 선택이 포함됩니다. 또한 경관 급식 및 정맥 주사 등을 포함하여 본인을 살리기 위한 모든 유형의 의료를 제공 또는 전달하지 않거나 중단하는 결정이 이에 포함됩니다.
- B. 의사 결정에 필요한 본인의 의료 기록을 검토하고 공개합니다.
- C. 본인에게 의료를 제공할 의사, 의료 서비스 제공자 및 기관을 결정합니다.
- D. 조사와 교육 용도의 전신, 기관, 조직 및/또는 안구 기증에 관해 준비하고 선택합니다.

### 본인의 의료 대리인이 갖고 있는 추가 권한:

귀하가 배우자 또는 동거인을 의료 대리인으로 지정한 다음 결혼 또는 동거를 종료한 경우에도 담당 대리인이 계속해서 담당 대리인으로 남아 있기를 원할 경우 아래 박스에 표시합니다:

- 본인은 해당 결혼이나 동거가 해체, 무효화 또는 종료되는 경우에도 담당 대리인이 담당 의료 대리인으로 남아 있기를 원합니다.

추가 의견이나 이전 섹션에 대한 제한 사항을 제공해 주십시오. (예를 들어, 귀하를 대신하여 의사 결정에 참여 혹은 참여하지 않기를 원하는 사람을 지명할 수도 있습니다. 또한 의료 대리인이 하지 않기를 원하는 선택 사항을 구체적으로 명시할 수도 있습니다.) 필요하다면 페이지를 추가로 첨부합니다.



## 파트 2. 나의 가치

나는 의료 대리인과 사랑하는 사람들이 나의 정체성과 나에게 중요한 의미를 지니는 바와 일치하는 의료 서비스를 선택할 수 있도록 나에게 가장 중요한 가치를 이해하기를 원합니다.

나에게 가장 중요한 것이 무엇인지 알 수 있도록 어떻게 시간을 보내는지, 함께 있고 싶은 사람 그리고 좋아하는 활동 등 나에 관해 몇 가지를 알려 주고 싶습니다. 또한 나에게 삶이 더 이상 의미가 없어지는 상황에 관해 알려주고자 합니다.

**1. 좋은 하루를 보내고 있다면, 나는 다음을 하고 싶을 것입니다.**

**2. 나에게 가장 중요한 것은 다음과 같습니다.**

**3. 만일 내가 다음을 할 수 없을 경우 삶은 더 이상 살아갈 의미가 없을 것입니다:**



## 파트 3. 나의 의료 지시: 나의 선택, 나의 의료

아래와 같은 상황에서 예측하지 못한 갑작스러운 일에 관해 생각해 두기를 요청합니다. 능력이 있다면 귀하는 항상 자신을 대변하게 됩니다. 아래와 같은 상황에서 자신을 대변할 수 없을 경우 어떻게 하기를 원하는지에 관해 생각해 보십시오.

의사소통을 할 수 없거나 스스로 선택할 수 없을 경우 아래에 기재된 바와 같이 담당 의료 대리인이 본인의 선택을 실천하고 담당 의사와 의료진은 이를 존중해 줄 것을 요청합니다. 담당 의료 대리인이나 대체 대리인이 역할을 할 수 없거나 본인을 대신하여 선택할 수 없을 경우, 본 문서가 본인의 소망하는 바를 대신합니다.

주의: 서면 지시를 선택하지 않을 경우 담당 의료 대리인은 귀하가 구두로 알린 소망 사항에 근거하여 선택할 것입니다. 담당 대리인이 귀하가 소망하는 바를 알지 못하는 경우 귀하의 가치를 고려하여 귀하의 이익에 가장 부합할 것으로 판단되는 바를 기준으로 의사 결정을 하게 됩니다.

### 1. 연명 치료

다음 상황을 염두에 두십시오.

갑작스러운 사고를 당하거나 뇌졸중이 발생했습니다.

의사가 뇌 손상 진단을 내렸으며, 귀하 자신이나 사랑하는 이들을 알아볼 수 없게 되었습니다. 해당 의사는 담당 대리인 및/또는 가족에게 귀하가 이러한 능력을 회복하는 것을 기대할 수 없음을 알렸습니다. 생명을 유지하려면 산소 호흡기(즉, 호흡 기계)나 경관 급식과 같은 생명 유지 치료가 필요합니다. 이러한 상황에서 무엇을 원하십니까?

본인은 편안하게 지내는 상태에서 다음을 원합니다.

- 다음 중 하나 선택
- 생명 유지 치료를 중단하기를 원합니다. 본인은 이를 통해 생명 유지 치료를 계속하는 경우보다 더 일찍 사망으로 이어질 가능성이 높다는 점을 인지하고 있습니다.
  - 본인은 최대한 오래 살 수 있도록 생명 유지 치료를 받고자 합니다.

생명 유지 치료에 관한 추가 지시 내용을 제공해 주십시오. 예를 들어, 건강에 변화가 없을 경우 생명을 유지하고자 하는 특정 기간을 정해 명시할 수도 있습니다.



## 2. CPR(심폐소생술)

심폐소생술(Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)은 귀하의 심장과 호흡이 멈췄을 때 소생시키기 위한 시도입니다. 흉부 압박(심장이 수축하도록 흉부를 강하게 누르는 것), 약물, 전기 충격 및 호흡관 등이 이에 포함될 수도 있습니다.

귀하는 CPR에 관해 선택할 수 있습니다. CPR로 생명을 살릴 수 있습니다. 이는 대부분의 사람들이 생각하는 만큼의 도움이 되지 않습니다. CPR은 건강한 성인에게 수 분 이내에 신속히 수행할 경우에 가장 큰 효과가 있습니다. CPR 수행 시 갈비뼈 골절이나 폐 천공, 산소 부족으로 인한 뇌 손상으로 이어질 수 있습니다.\* CPR에 관한 자세한 정보를 원할 경우 **CPR: 나의 선택**이라는 책자를 요청해 주십시오.

### 심장과 호흡이 멈췄을 경우 어떻게 하기를 원하십니까?

다음 중  
하나 선택

- 항상 CPR을 시도하기를 원합니다.
- CPR을 시도하는 것을 결코 원하지 않으며 자연사를 허락하고자 합니다.†
- 본인을 치료하는 의사가 다음 중 그 어떤 결정을 내리지 않는 한 CPR을 시도하기를 원합니다.
  - 본인은 치료할 수 없는 질병 또는 상해를 당했으며 죽어가고 있습니다
  - 심장이나 호흡이 멈춘 경우 본인에게는 생존 기회가 없습니다
  - 심장이나 호흡이 멈춘 경우 본인의 생존 가능성이 적으며 CPR로 인해 큰 통증이 유발될 것입니다.

\* 조사 결과 병원에서 CPR을 받는 경우 효과가 있어 살아서 병원을 나갈 확률이 22%인 것으로 나타났습니다.

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R. 외(2009). 노년층에서의 병원 내 심폐소생술에 대한 역학 조사. *New England Journal of Medicine*, 361:22-31. Girotra, S., Brahmajee K., Nallamothu, M.D. 외(2012). 심장 마비 발생 이후의 생존 경향. *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20.

† 확실하게 CPR을 원하지 않을 경우 작성하고자 하는 기타 서류에 관해 담당 의사와 논의하십시오.





## 파트 4. 나의 희망과 바람(선택 사항)

### 1. 죽음을 맞이하고자 하는 곳에 관한 나의 생각과 느낌:

2. 본인의 죽음이 다가올 경우 본인은 위안과 지원(기도, 의식, 음악 등)을 위해 다음에 감사할 것임을 사랑하는 사람들에게 알리고자 합니다.

### 3. 종교 또는 영적 단체 가입:

나는 \_\_\_\_\_ 신앙을 지녔으며 신앙/영적 단체 \_\_\_\_\_  
의 회원입니다. 이는 도시 \_\_\_\_\_ 에 소재하며, 전화번호는 \_\_\_\_\_  
입니다. 나는 병세가 심각하거나 죽어가는 상황일 경우 의료  
대리인이 단체에 알리기를 원합니다. 가능한 경우 장례식에는 다음을 포함하고자 합니다(사람, 음악, 의식 등).

### 4. 기타 바람/지시 사항:

### 장기 기증

사후 장기 기증에 대한 관심이 있을 경우, 운전면허증 발급이나 갱신 시 또는 <https://www.donatelifedc.org/>에서 확인 가능한 장기 기증 등록소에 등록해 기증 여부를 표명할 수 있습니다.



## 파트 5. 본 문서의 법적 효력 확보

### 영속적 의료 위임장

이 문서를 통해 본인은 영속적 의료 위임장을 작성하고자 하며, 위임장은 본인이 스스로 의료에 대해 선택할 수 없을 경우 효력을 발휘하고 정상 생활이 불가능한 상태에 있을 동안 계속 유지됩니다.

담당 대리인은 본인이 위에 명시한 바 또는 다른 방법으로 담당 대리인에게 알린 바에 따라 의료에 관해 선택해야 합니다.

본인의 서명으로 본인은 본 문서의 목적과 효과에 대해 이해하고 있음을 확인합니다.

성명(정자체): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_



# 라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

성명: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

District of Columbia에서 영속적 의료 위임장이 효력을 가지려면 성인 두 명이 증인으로 서명해야 합니다(증인은 9페이지에 서명).

## 증인 두 명

영속적 의료 위임장의 귀하의 서명은 귀하 본인, 담당 의료 서비스 제공자, 담당 의료 서비스 제공자의 직원이 증명할 수 없습니다. 증인 중 최소 한 명은 친족(혈연이나 혼인, 입양 관계) 관계가 아니며 귀하의 어떤 재산도 상속받지 않는 사람이어야 합니다.

## 증인 선언문:

본인은 본 문서에 서명하거나 이를 인정한 당사자를 개인적으로 알고 있으며, 당사자가 본인의 입회 하에 본 영속적 의료 위임장에 서명하거나 이를 인정하였으며, 당사자의 정신 상태가 건전하고, 위협, 사기 또는 강압 상태에 있지 않는 것으로 보임을 선언합니다. 본인은 본 문서를 통해 대리인으로 선택한 사람이 아니거나, 당사자의 의료 서비스 제공자가 아니거나, 당사자의 의료 서비스 제공자의 직원이 아닙니다.

## 1번 증인:

성명(정자체): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 2번 증인:

성명(정자체): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## (증인 중 최소 한 명은 다음 진술서에도 서명해야 합니다)

또한 본인은 본 문서의 당사자와 혈연, 혼인 또는 입양으로 맺은 관계가 아니며, 현존하는 유언장에 따르거나 법의 효력에 의해 당사자의 그 어떤 재산에 대한 권리도 갖고 있지 않음을 선언합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_



# 라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

성명: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

## District of Columbia 선언

해당 선언문에 있는 귀하의 서명은 귀하를 대신하여 서명하거나, 친족(혈연, 혼인, 입양 또는 동거 관계)이거나 귀하의 재산 일부를 상속받거나, 귀하의 의료비를 재정적으로 부담하고 있거나, 담당의 또는 담당의의 직원이거나, 귀하가 환자로 있는 의료 시설의 직원에 해당하는 사람이 증명할 수 없습니다. 본인이 숙련된 의료 시설의 중급 수준의 치료를 받는 환자인 경우, 해당 증인 중 한 명은 환자 대변인 또는 옴부즈맨이어야 합니다.

선언은 \_\_\_\_\_ 일 \_\_\_\_\_ 월에 작성되었습니다.  
(일) (월, 연도)

본인 \_\_\_\_\_ 은(는)  
(이름)

건전한 정신을 갖고 있으며 아래에 명시된 상황에서 본인의 죽음이 인위적으로 연장되지 않기를 의도적으로 자유 의지를 통해 알리고 다음과 같이 선언합니다.

어느 시점에 본인이 직접 본인을 검사한 담당의를 포함한 두 명의 의사에게 치료 불능의 부상, 질병, 질환이 말기 상태임을 진단받고, 담당의는 생명 유지 방법 시행과 관계없이 본인이 사망에 이른다는 판단을 내리고, 생명 유지 시술의 적용이 인공적으로 사망 과정을 연장하는 기능만을 하는 상황인 경우, 본인은 그와 같은 조치를 중단 또는 철회하고 본인을 편안하게 하거나 고통을 줄이는데 필요한 약물 투여나 치료 시술 수행만을 하는 상태에서 자연사하는 것에 동의합니다.

본인이 그와 같은 생명 유지 방법 사용에 대해 지시할 수 없는 경우, 본 선언이 의학적 또는 외과적 치료를 거부하고 그 거부로 인한 결과를 받아들인다는 본인의 법적 권리에 대한 최종 표현으로서, 본인 가족과 담당 의사(들)가 이를 존중해야 한다는 것이 본인의 계획입니다.

본인은 본 선언의 중요성을 충분히 이해하고 있으며 본 선언을 할 수 있는 감정적 및 정신적 능력이 있습니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

본인은 선언인의 정신 상태가 건전함을 믿습니다. 본인은 선언인의 지시를 위해 또는 지시에 따라 위 선언인의 서명을 서명한 것이 아닙니다. 본인은 최소 만 18세 이상이고, 선언인과 혈연, 혼인, 입양 또는 동거로 맺어진 관계가 아니며, District of Columbia의 무유언상속법 또는 선언인의 유언장 또는 그 유언의 보충서가 명시하는 바에 따른 선언인의 재산을 상속받을 권리를 갖고 있지 않으며, 선언인의 의료비에 대한 재정적 책임을 직접적으로 지고 있지 않습니다. 본인은 선언인의 담당의, 담당의의 직원, 선언인이 환자로 있는 의료 시설의 직원이 아닙니다.

증인: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

증인: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_



## 파트 6. 다음 단계

이제 사전 의료 지시서 작성을 완료했으므로 다음 단계 또한 완료해야 합니다.

### 다음에 대해 논의하십시오.

1. 담당 대리인으로 요청한 사람과 함께 귀하가 의료 서비스에 관해 소망하는 바를 검토하십시오(이미 마치지 않은 경우). 해당 대리인이 향후 귀하를 위해 이 중요한 역할을 수행할 수 있다고 생각하는지 확인하십시오.
2. 귀하의 병세나 부상 상태가 심각할 경우 관여할 수 있는 다른 가족이나 절친한 친구와 상의하십시오. 이들이 담당 의료 대리인과 귀하의 소망 사항에 대해 알고 있는지 확인하십시오.

### 사본을 제공하십시오.

1. 담당 의료 대리인에게 해당 사전 의료 지시서 사본 한 부를 전달하십시오.
2. 담당 의사나 해당 지역 Kaiser Permanente 의료 기록 부서에 해당 사전 의료 지시서 한 부를 전달하십시오.
3. 본인용 사본 한 부를 만들어 쉽게 찾을 수 있는 곳에 보관하십시오.

### 직접 지참하십시오.

1. 귀하가 병원 또는 요양소로 가는 경우, 해당 사전 의료 지시서 한 부를 지참하고 이를 귀하의 의료 기록에 포함하도록 요청하십시오.
2. 장기간 집을 떠나게 될 때는 항상 사본 한 부를 지참하십시오.

### 수시로 검토하십시오.

1. "다섯 개의 D"가 발생할 때마다 귀하가 의료 서비스에 관해 소망하는 바를 검토하십시오:
  - 십 년(Decade)** — 십 년마다 새로운 인생을 시작할 때
  - 사망(Death)** — 사랑하는 사람의 사망을 겪을 때
  - 이혼(Divorce)** — 이혼이나 기타 중대한 가족의 변화를 겪을 때
  - 진단(Diagnosis)** — 심각한 건강 질환을 진단받을 때
  - 쇠퇴(Decline)** — 건강 상태가 현저히 쇠퇴하거나 악화된다고 느낄 때, 특히 혼자 힘으로 살아갈 수 없을 때

### 사전 의료 지시서 변경하기:

귀하가 소망하는 바를 바꾸게 될 경우 사전 의료 지시서를 새로 작성하여 담당 대리인과 귀하 가족에게 알리고 사본을 Kaiser Permanente에 전달하십시오.

### 본 문서의 사본은 다음 사람에게 전달됩니다.

- |                  |           |             |
|------------------|-----------|-------------|
| • 1 차(주) 의료 대리인  | 성명: _____ | 전화번호: _____ |
| • 대체 의료 대리인 #1   | 성명: _____ | 전화번호: _____ |
| • 대체 의료 대리인 #2   | 성명: _____ | 전화번호: _____ |
| • 의료 서비스 제공자/클리닉 | 이름: _____ | 전화번호: _____ |
| • 기타:            | 이름: _____ | 전화번호: _____ |



**주의:**

**주의:**

# 라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

추가 지원이 필요하십니까?  
[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)

[kp.org](https://kp.org)

