

「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

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 3 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

簽署日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日(必填)

衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/>

地址：10049台北市中正區紹興北街5號8樓

電話：02-23933298



「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成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(115 台北市南港區

忠孝東路六段 488 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

不施行心肺復甦術同意書（參考範例）

病人_____因罹患嚴重傷病，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，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

同意人：（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

與病人之關係：

中 華 民 國_____年_____月_____日（必填）

.....

不施行維生醫療同意書（參考範例）

病人_____因罹患嚴重傷病，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，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，不施行維生醫療。

同意人：（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

與病人之關係：

中 華 民 國_____年_____月_____日（必填）

.....

醫療委任代理人委任書（參考範例）

本人_____已年滿二十歲，且具完全行為能力，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而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任_____為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

立意願人

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

受任人

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

後補受任人（一）（得免填列）

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

後補受任人（二）（得免填列）

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

中 華 民 國_____年_____月_____日（必填）

.....

撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書（參考範例）

本人_____（或由醫療委任代理人_____）已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

*意願人

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

*醫療委任代理人（若無委任代理人，由意願人本人簽署則免填）

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

填寫日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必填）

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇撤回聲明書

本人_____已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

1. 姓名				(請務必填寫)
2. 身分證號碼				(請務必填寫)
3. 電子郵件				
4. 出生年月日	年	月	日	(請務必填寫)
5. 聯絡電話				(請務必填寫)
6. 通訊地址	□□□	市	鄉鎮	(請務必填寫)
		縣	市區	
		路(街)	段 巷	
		弄	號 樓	

簽名：_____ 日期：_____

(請務必親筆簽名)

衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/>

地址：10049 台北市中正區紹興北街5號8樓

電話：02-23933298

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇撤回聲明書

本人_____已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

1. 姓名				(請務必填寫)
2. 身分證號碼				(請務必填寫)
3. 電子郵件				
4. 出生年月日	年	月	日	(請務必填寫)
5. 聯絡電話				(請務必填寫)
6. 通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市	鄉鎮	(請務必填寫)
		縣	市區	
		路(街)	段	
		弄	號	

簽名：_____ 日期：_____
(請務必親筆簽名)

衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/>

地址：10049 台北市中正區紹興北街5號8樓

電話：02-23933298