



LIFE CARE **planning**

나의 가치, 나의 선택, 나의 케어

kp.org/lifecareplan



목차

이 책자에는 본인이 중병에 걸려 스스로 말할 수 없는 경우 의료 결정을 계획하는 방법이 담겨 있습니다.

사전 의료 지시서	2
1부 : 자신의 건강 관리 선택	3
장기기증 결정	4
2부 : 건강 관리 대리인 선택(건강 관리 영구 위임장)	5
3부 : 건강 관리 지시서(생전 유언장) 작성	6
4부 : 연명 의료 계획서(POLST) 양식 작성	6
5부 : 사전 의료 지시서 양식 공유.....	7
6부 : 참고 자료.....	8
가치 워크시트.....	9
건강 관리 영구 위임장 양식	11
건강 관리 지시서(생전 유언장) 양식.....	13

사전 의료 지시서

심각한 질병이나 사고는 나이를 불문하고 누구에게나 일어날 수 있습니다. 사전 의료 계획은 본인이 아프거나 부상을 당하여 스스로 말할 수 없는 경우 의료에 대한 결정을 문서화할 때 이용할 수 있습니다.

의료를 위한 사전 의료 지시서를 준비하는 것은 가족, 친구 및 의료 제공자에게 본인의 의료 선택에 대해 알리는 좋은 방법입니다. 건강 관리를 위한 사전 지시서의 양식은 다음과 같습니다.

- 건강 관리 영구 위임장
- 건강 관리 지시서(생전 유연장)
- 연명 의료 계획서(POLST)
- 장기 기증자 카드

이 책자에 있는 정보와 양식은 선택 사항에 대해 생각하고 사전 의료 지시서를 준비할 때 참고하면 좋습니다. 양식을 모두 작성해도 되고 원하는 부분만 작성해도 됩니다. 질문이 있다면 의료 기관, 사회 복지사, 가족 또는 친구와 상의하십시오.

이 책자에는 다음 정보가 포함되어 있습니다.

1부 : 자신의 건강 관리 선택

직면할 수도 있는 건강 관리 결정에 대해 배우고 자신의 생각과 감정을 파악하여 계획을 시작하십시오. 미리 계획을 세우면 의료 기관, 가족 등에게 본인이 원하는 치료를 알려줄 수 있습니다.

2부: 건강 관리 대리인 선택

건강 관리 대리인을 선임하면 다른 사람에게 건강 관리 영구 위임장을 주는 것입니다. 이는 본인이 스스로 결정할 수 없는 경우 본인이 건강 관리 대리인으로 지정한 사람이 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 권한이 있음을 의미합니다. 의료 위임장에 서명한다고 해서 스스로 말할 수 없는 상황이 아닌 한 스스로 결정을 내릴 수 있는 권리가 소멸하는 것은 아닙니다.

3부: 건강 관리 지시서(생전 유연장) 작성

생전 유연이라고도 하는 건강 관리 지시서를 작성한다는 것은 말기 질환이나 영구적인 의식 상실이 될 경우 원하는 치료법을 선택하는 것입니다. 생전 유연장은 본인이 자연사하기를 원하고 죽음의 과정을 인위적으로 연장하는 치료를 원치 않는다는 것을 다른 사람들에게 알리는 수단입니다. 이 양식으로 또한 인공 영양과 수분 공급을 원하는지를 다른 사람들에게 알려줄 수 있습니다.

4부: 연명 의료 계획서(POLST) 양식 작성

심각한 말기 질환이 있는 경우 자격을 갖춘 의료 제공자가 명 의료 계획서(POLST)라는 양식을 작성할 수 있습니다. 이 양식은 본인을 치료하는 사람들에게 명확하고 구체적인 의료 지시를 내리는 수단입니다.

5부: 사전 의료 지시서 양식 공유

원하는 양식을 작성했으면 의료 제공자, 가족 및 친구들과 정보를 공유하십시오. 본인에게 무슨 일이 발생했을 때 의료 제공자와 그것을 알아야 하는 사람들에게 사본을 제공하십시오. 원본 양식을 보관하고 Kaiser Permanente의 사전 의료 지시서 등록부로 사본을 보내십시오.

6부: 참고 자료

사전 의료 지시서 양식을 준비하는 데 도움이 되는 추가 리소스를 찾을 수 있습니다.

1부: 자신의 건강 관리 선택

다음 체크리스트는 심각한 질병이나 사고가 발생한 경우 원하는 치료에 대해 생각할 때 참고할 수 있습니다. 본인의 가치, 신념, 목표를 명확히 하는 데 참고할 만한 가치 워크시트도 9페이지에 있습니다. 체크리스트와 가치 워크시트를 검토한 후 건강 관리 및 건강 관리 지시서(생전 유언장)에 대한 영구 위임장 책자의 두 가지 양식을 작성하고 서명하십시오.

무엇이 본인의 삶을 가치 있게 만드는지 생각해 보십시오. 가장 동의하는 문장 옆에 "X" 표시:

내 삶은 다음과 같은 경우에만 살 가치가 있습니다.

- 가족이나 친구와 얘기할 수 있을 때
- 혼수상태에서 깨어났을 때
- 스스로 먹고, 목욕하고, 자신을 돌볼 수 있을 때
- 고통없이 살 수 있을 때
- 기계에 얽매이지 않고 살 수 있을 때

내 삶은 내가 아무리 아파도 살 가치가 있습니다.

- 예.
- 아니요

내가 죽을 때 중요한 것은 다음과 같습니다.

- 집에 있는 것
- 병원에 있는 것

종교나 영성이 내게 중요합니다.

- 예.
- 아니요

저는 제 의료 서비스 제공자에게 제 종교적 또는 영적 신념에 관해 다음 사항을 알려 주고자 합니다.

생명 유지 치료란 수명 연장에 도움이 될 수도 있는 의료 서비스입니다. 수술이나 약, 기타 다음 중 하나를 말합니다.

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 수혈<ul style="list-style-type: none">- 수혈은 수술, 부상 또는 질병으로 인해 손실될 수 있는 혈액을 대체하는 데 사용됩니다.• 호흡 기계 또는 인공 호흡기<ul style="list-style-type: none">- 이 기계는 공기를 펌핑하여 스스로 숨을 쉴 수 없을 때 대신 호흡합니다.• CPR(심폐 소생술) CPR이란 | <p>다음을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none">- 가슴을 세게 눌러 혈액을 계속 펌핑.- 심장을 다시 시작하는 전기 충격.- 정맥에 약 넣기. | <ul style="list-style-type: none">• 투석<ul style="list-style-type: none">- 투석은 신장이 작동을 멈추면 기계를 사용하여 혈액을 청소하는 것입니다.• 영양 공급관<ul style="list-style-type: none">- 음식을 삼킬 수 없는 경우 목구멍과 위장에 영양 공급관을 삽입해 음식을 공급합니다. |
|--|--|--|

가장 동의하는 문장 옆에 "X" 표시:

내가 너무 아파서 곧 죽을지도 모른다면 다음과 같이 조치해 주십시오.

- 내 건강 관리 제공자가 도움이 될 수 있다고 판단하는 생명 유지 치료를 모두 시도하십시오. 치료가 효과가 없고 나를 희망이 거의 없다면 생명 유지 장치에 계속 의존하고 싶습니다.
- 내 건강 관리 제공자가 도움이 될 수 있다고 판단하는 생명 유지 치료를 모두 시도하십시오. 치료가 효과가 없고 나를 희망이 거의 없다면 생명 유지 장치에 의존하고 싶지 않습니다.
- 의료 제공자가 도움이 될 수 있다고 판단하는 다음 생명 유지 치료를 일부 또는 전부 시도하십시오.
 - CPR
 - 호흡 기계 또는 인공 호흡기
 - 투석
 - 영양 공급관
 - 수혈
 - 약 복용
 - 기타 치료법 _____
- 생명 유지 치료를 원하지 않습니다
- 건강 관리 대리인이 대신 결정해주기를 원합니다.

장기기증 결정

장기를 기증하면 생명을 구할 수 있습니다. 눈, 신장, 심장, 심장 판막, 간, 뼈, 폐, 피부를 포함한 장기와 조직은 다른 사람을 살리는 데 쓸 수 있습니다. 장기와 조직도 연구 목적으로 사용할 수 있습니다.

가장 동의하는 문장 옆에 "X" 표시:

- 장기를 기증하고 싶습니다.

어떤 장기를 기증하시겠습니까?

- 모든 장기
- 다음 장기만:

- 장기를 기증하고 싶지 않습니다
- 건강 관리 대리인이 대신 결정해주기를 원합니다

본인이 아프거나 다쳐서 스스로 말할 수 없을 때 받고자 하는 의료 서비스에 대해 의료 서비스 제공자, 가족 등에게 알리고자 하는 사항이 있습니까?

장기를 기증하려면 장기 기증 카드에 서명해야 합니다.

두 가지 방법이 있습니다.

- LifeCenter Northwest
1-877-275-5269 수신자 부담 번호에 전화하여 장기 기증 카드를 요청하십시오.
- 운전 면허증, 운전 허가증 또는 주 신분증을 신청할 때 면허부 (DOL)에 장기 기증자가 되고 싶다고 알려주세요.

2부: 건강 관리 대리인 선택(건강 관리 영구 위임장)

건강 관리 대리인은 내가 스스로 결정할 수 없을 때 나를 대신하여 의료 결정을 내리도록 선택한 사람입니다. 이 사람이 내 치료에 대해 내 의료 서비스 제공자와 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하는 것입니다.

건강 관리 대리인으로 선택할 수 있는 사람은 누구입니까?

다음에 해당하는 가족이나 친구를 선택할 수 있습니다.

- 만 18세 이상입니다
- 필요할 때 곁에 있을 수 있습니다.
- 나를 위해 최선의 선택을 할 것이라고 믿는 사람입니다
- 내가 내 건강 관리에 대해 내린 결정을 의사에게 알릴 수 있습니다

본인 가족이 아닌 한 의료 서비스 제공자 또는 병원, 요양원, 생활 보조 시설 또는 클리닉에서 일하는 사람을 건강 관리 대리인으로 선택할 수는 없습니다.

건강 관리 대리인을 선택하지 않으면 어떻게 됩니까?

스스로 의료 결정을 내릴 수 없고 건강 관리 대리인을 선택하지 않은 경우 워싱턴 주법에 따르면 담당 의사는 아래 나열된 순서대로 다음 범주에 속하는 사람들의 동의를 받아야 합니다.

- 법원이 지정한 법적 보호자(있는 경우)
- 건강 관리 영구 위임장 양식에 이름이 기재된 개인(있는 경우)
- 배우자 또는 워싱턴 주 등록 동거 파트너
- 환자의 성인 자녀(모두 동의해야 함)
- 환자의 부모(모두 동의해야 함)
- 환자의 성인 자녀(모두 동의해야 함)
- 환자의 성인 손자녀(모두 동의해야 함)
- 환자의 성인 조카(모두 동의해야 함)
- 환자의 이모와 삼촌(모두 동의해야 함)
- RCW 7.70.065에 요약된 기준을 충족하는 모든 성인

건강 관리 대리인은 어떤 결정을 내릴 수 있습니까?

건강 관리 대리인은 다음에 대해 결정할 수 있습니다.

- 내가 받을 약 또는 검사
- 사후 본인의 장기 처리
- 의료 서비스 제공자와 사회 복지사의 조언 수용
- 내가 머물게 될 병원이나 진료소
- 다음을 포함하여 내가 받을 연명 치료
 - CPR
 - 영양 공급관
 - 호흡 기계 또는 인공 호흡기
 - 수혈
 - 약 복용
 - 투석
 - 기타 치료법

내 결정을 공식화하려면 어떻게 해야 합니까?

건강 관리 대리인을 선택한 후 이 책자의 11-12 페이지에 있는 건강 관리 영구 위임장 양식을 작성하고 서명하십시오. 완성된 양식을 제출하기 위한 지침은 5부에 수록돼 있습니다.

양식을 공증받아야 합니까?

워싱턴 거주자는 건강 관리 영구 위임장(DPOA) 양식에 2명이 증인으로 서명하거나 공증인이 인정한 서명이 있어야 합니다.

12페이지의 DPOA 양식에 포함된 입회 요건을 참조하십시오.

3부: 건강 관리 지시서(생전 유언장) 작성

또한 의료 서비스 제공자, 가족 및 친구와 이야기하는 것 외에 서면으로 원하는 바를 적어야 합니다. 사용할 수 있는 문서로 의료 지시서 또는 의사에 대한 지시서라고도 하는 생전 유언장도 있습니다.

생전 유언은 환자가 영구적으로 의식을 잃게 만드는 불치병이나 질병/부상을 당할 경우 연명치료 치료를 거부하겠다는 의사를 의사와 가족에게 알리는 것입니다. 이 지시서에 따라 의사는 연명 치료를 보류하거나 중단할 수 있습니다. 치료는 계속 제공됩니다.

생전 유언장을 작성할 권리는 워싱턴 주의 자연사법에 명시되어 있습니다.

건강 관리 지시서(생전 유언장)를 완성하려면 이 책자의 13페이지와 14페이지에 있는 양식을 작성하십시오. 완성된 양식을 제출하기 위한 지침은 5부에 수록돼 있습니다.

양식을 공증받아야 합니까?

워싱턴 거주자는 건강 관리 지시서(생전 유언장) 양식에 2명이 증인으로 서명하거나 공증인이 승인해야 합니다.

14페이지의 건강 관리 지시서(생전 유언장) 양식에 포함된 입회 요건을 참조하십시오.

4부: 연명 의료 계획서(POLST) 양식 작성

연명 의료 계획서(POLST)는 자격을 갖춘 의료 전문가가 작성하는 양식으로 본인에게 심각한 질병이나 부상이 있을 때 특정 사람들(예: 병원의 의사 및 구급차의 구급대원)에게 원하는 의료 서비스에 대해 알려줍니다.

POLST는 자격을 갖춘 의료 기관이 승인한 일련의 의료 명령으로서 본인이 삶의 마지막에 원하거나 원하지 않는 연명 치료의 유형을 기재한 것입니다.

POLST 양식 문서

- 본인의 건강 상태
- 다음에 대해 원하는 사항
 - 심장이 뛰지 않고 숨을 쉬지 않는 경우 CPR 받기
 - 인공적으로 제공된 수분과 영양의 사용

POLST 양식은 자발적이며 다음을 위한 것입니다.

- 본인과 유자격 의료인이 본인의 희망 사항을 지원하는 계획에 대해 논의하고 계획서를 작성
- 연명 치료에 대한 본인의 희망을 존중하기 위해 의사, 간호사, 의료 시설 및 응급 구조원을 지원
- 응급 의료 서비스 직원이 직접 적절한 치료

POLST 양식에 대해 자주 하는 질문

- **POLST 양식에 서명해야 합니까?** 예. 의사(MD 또는 DO), 개업 간호사 또는 공인 의사 보조(PA-C)는 이 밝은 녹색 양식에 서명해야 다른 의료 전문가가 이해하고 따를 수 있습니다.

- **서명된 POLST 양식이 있는 경우 사전 지시서도 필요합니까?** 예, 필수는 아니지만 사전 의료 지시서를 가지고 있는 것이 좋습니다. 사전 의료 지시서에 대한 자세한 정보를 원하시면 의료 제공자와 상담하십시오.
- **사랑하는 사람이 돌봄에 대한 본인의 의사를 더 이상 전달할 수 없으면 어떻게 합니까?** 본인이 사랑하는 사람의 지정 건강 관리 대리인이라면 이 사람을 대신하여 말할 수 있습니다. 자격 있는 의료 제공자는 사랑하는 사람의 희망 사항에 대한 본인의 이해를 바탕으로 POLST 양식을 작성할 수 있습니다.
- **어떤 상황에서 POLST 형식이 사용됩니까?** 작성된

POLST 양식은 집에 있든, 병원에 있든, 장기 요양 시설에 있든 상관없이 치료 환경 사이를 이동하는 경우 본인과 함께 할 의료 명령 양식입니다.

- **POLST 양식은 어디에 보관됩니까?** 집에 거주하는 경우 원래의 밝은 녹색 POLST 양식을 집에 들어오는 사람들이 쉽게 볼 수 있는 위치(예: 냉장고 앞, 침실 문, 침대 옆 탁자 위 또는 약 캐비닛)에 보관해야 합니다. 장기 요양 시설에 거주하는 경우 POLST 양식을 다른 의료 지시와 함께 의료 차트에 보관할 수 있습니다.
- **POLST 양식 사본을 얻으려면 어떻게 해야 합니까?** POLST 양식은 담당 의사나 기타 의료 제공자에게 문의하십시오.

5부: 사전 의료 지시서 양식 공유

건강 관리 지시서(생전 유언장) 및 건강 관리 영구 위임장 양식은 완전히 작성되고 적절한 서명으로 서명되거나 공증되면 모두 법적 문서입니다.

기록을 위해 원본 파일을 보관하십시오. 본인의 건강 관리 대리인 및 개인 변호사를 포함하여 본인을 대신하여 결정을 내리도록 요청받을 수 있는 가족 또는 다른 사람들을 위해 사본을 만드십시오.

양식이 Kaiser Permanente 의료 기록에 있는지도 확인해야 합니다. 방법은 다음과 같습니다.

각 양식의 사본(1)을 다음 주소로 우편 발송:

Kaiser Permanente Advance Directives Registry
Mailstop ACN-AC3
P.O. Box 204
Spokane, WA 99210-0204

또는

이메일: kpadvancedirectives@kp.org 또는 팩스: 509-434-3185

또는

본인의 건강 관리 팀에 사본을 제공하십시오.

양식이 의료 기록에 있으면 Kaiser Permanente 의사가 24시간 액세스할 수 있습니다. 양식이 의료 기록에 있는지 확인하려면 Kaiser Permanente의 Advance Directives Registry에 1-877-850-9445로 전화하십시오.

양식에 포함되지 않은 선택

양식에 포함되지 않은 건강 관리를 선택하는 방법

- 종이에 본인의 선택 적기
- 다른 사전 의료 지시서 양식과 함께 해당 서류 보관
- 본인을 돌봐 주는 사람들에게 본인의 선택 알리기

양식 수정 또는 업데이트

사전 의료 지시서를 변경하려면 먼저 본인을 돌봐 주는 사람들에게 알리십시오. 그런 다음 양식을 변경한 후에는 처음과 마찬가지로 그 사본을 건강 관리 대리인, 가족 및 사랑하는 사람, Kaiser Permanente에게 배포하십시오. 이전 버전을 폐기하도록 요청하십시오. 참고: POLST에 대한 변경 사항은 자격을 갖춘 의료 제공자의 서명이 있어야 합니다.

6부 : 사전 의료 지시서 양식을 준비할 때 도움이 될 만한 자료

Kaiser Permanente Washington의 "Life Care planning" 프로그램

1-866-458-5276

이메일: kpwa.lifecareplanning@kp.org

다양한 Kaiser Permanente 시설에서 사전 지시에 대한 2시간 무료 워크숍을 제공합니다.

Kaiser Permanente Washington Resource Line

1-800-992-2279

이메일: KPWA.resource-L@kp.org

건강 관리 영구 위임장 및 건강 관리 지시서(생전 유언장) `양식 제공. 제공.

KING COUNTY만 해당: 사전 지시서 양식 작성에 관해 본인과 상담할 수 있는 Senior Rights Assistance 자원봉사자의 연락처 기재.

Kaiser Permanente Washington Advance Directives Registry

1-877-850-9445

사전 의료 지시서를 스캔하여 의료 기록에 보관하는데 도움이 될 수 있습니다.

Kaiser Permanente Washington 가정 건강 서비스, 완화 치료 및 호스피스 서비스

1-800-332-5735

진행성 질병에 대한 재활 치료 또는 안락 치료 서비스가 필요할 때 집에서 치료를 제공합니다.

Washington State Medical Association

206-441-9762 (시애틀 지역)

1-800-552-0612

건강 관리 영구 위임장 및 건강 관리 지시서(생전 유언장) `양식 제공.

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

www.lcnw.org

장기 및 조직 기증에 대한 정보를 제공합니다.

워싱턴 주 변호사 협회 변호사 추천

1-800-945-9722

본인 지역에서 가장 가까운 변호사 소개 서비스의 번호를 제공할 수 있습니다.

Washington State Department of Social and Health Services

www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning

사전 의료 지시서에 대한 정보와 리소스를 제공합니다.

가치 워크시트

다음은 의사 결정을 내리고 건강 관리를 위한 문서를 준비할 때 고려해야 할 사항입니다. 답을 적어 가족과 의료 제공자에게 전달하거나 질문을 생각하고 토론하는 데 사용할 수 있습니다.

다음 항목이 본인에게 얼마나 중요합니까?

	매우 중요			→	중요하지 않음	
되는 대로 내버려 두기	4	3	2	1	0	
삶의 질 보존	4	3	2	1	0	
나의 영적 신념과 전통에 충실하기	4	3	2	1	0	
삶의 질에 관계없이 가능한 한 오래 살기	4	3	2	1	0	
혼자 힘으로 살기	4	3	2	1	0	
최대한 편안하고 아프지 않게 살기	4	3	2	1	0	
가족과 친구들에게 좋은 추억 남기기	4	3	2	1	0	
의학 연구 또는 교육에 기여	4	3	2	1	0	
가족 및 친구와 관계를 맺을 수 있음	4	3	2	1	0	
신체적 제약에서 벗어나기	4	3	2	1	0	
정신적으로 깨어있고 행위 능력 유지	4	3	2	1	0	
가족, 친구, 자선단체에 돈 남기기	4	3	2	1	0	
연명하지 않고 단시간 죽기	4	3	2	1	0	
값비싼 진료 피하기	4	3	2	1	0	

임종 시 본인에게 중요한 것은 무엇입니까(예: 신체적 안락함, 고통 없음, 가족 구성원 참석 등)?

불치병에 걸려 연명 조치를 사용하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? 영구적인 혼수상태? 치료가 불가능한 만성 질환 또는 장애(예: 알츠하이머병)?

사실이 불편한 것이라도 항상 본인의 상태에 대한 사실을 알고 싶습니까?

특정 의학적 치료에 대해 강한 느낌을 가지고 있습니까? 결정할 수 있는 몇 가지 치료법은 기계 호흡(호흡기), CPR(심폐 소생술), 인공 영양 및 수분 공급(정맥, 코 또는 위의 튜브를 통해 영양 및 수분 공급), 항생제, 신장 투석, 병원 집중 치료, 진통제, 화학 요법 또는 방사선 치료 및 수술 등입니다.

본인의 건강 상태와 예후에 따라 이러한 치료에 대한 느낌이 달라지겠습니까? 죽음이 확실한 경우에만 특정 치료를 피하고 싶습니까? 아니면 무기력한 상태에 있을 때에도 피하고 싶습니까? 특정 치료법이 죽어가는 과정을 연장하기 위해서만 사용된다면 피하고 고통을 완화시킬 수 있다면 받아들일시겠습니까?

본인의 신체적, 정신적 건강상 제한이 본인이 내리는 의료 결정에 어떤 영향을 미칩니까?

치료 결정을 내릴 때 재정 상태를 고려하고 싶습니까?

요양원에 입원하시겠습니까?

임종 동안 입원 대신 집에서 편안하게 지내는 것을 목표로 호스피스 치료를 원하십니까?

본인의 건강 관리 및 치료에 대한 결정에 참여하고 싶습니까?

사망할 때 장기 기증자가 되고 싶습니까?

건강 관리 영구 위임장

이 사전 지시서, 건강 관리 영구 위임장을 통해 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없을 때 본인을 대신하여 건강 관리 결정을 내리는 사람의 이름을 지정할 수 있습니다. 이 사람은 건강 관리 대리인입니다. 이 양식은 워싱턴 주법의 요건을 충족합니다.

본인 인적사항

성명: _____ 의무 기록 번호: _____

생년월일: _____ / _____ / _____
(mm/dd/yyyy)

건강 관리 대리인

본인이 건강 관리 대리인으로 지정하는 사람은 다음과 같습니다.

성명: _____ 생년월일: _____ / _____ / _____

주소, 시, 주, 우편번호: _____ 전화: _____

위에 나열된 사람이 봉사할 수 없거나 봉사할 의사가 없거나 합당한 노력으로 연락할 수 없는 경우, 본인은 아래 적시된 적격 건강 관리 대리인에게 그 권한을 부여합니다.

첫 번째 대안

성명: _____ 생년월일: _____ / _____ / _____

주소, 시, 주, 우편번호: _____ 전화: _____

두 번째 대안

성명: _____ 생년월일: _____ / _____ / _____

주소, 시, 주, 우편번호: _____ 전화: _____

건강 관리 대리인 승인

건강 관리 대리인의 권한과 권능: 내 건강 관리 대리인은 내가 스스로 결정을 내릴 수 없을 때 건강 관리 치료에 대해 동의할 권한이 있습니다. 건강 관리 대리인은 튜브 공급, CPR, 호흡 기계 및 신장 투석과 같은 연명 치료에 관한 내 희망 사항을 이행할 권한이 있습니다. 대상은 의학적 치료를 시작, 계속 또는 중단하기 위한 동의 등입니다. 이 문서는 본인이 건강 관리 대리인으로 지정한 사람에게 본인을 대신하여 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하며 본인이 정보에 입각한 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 능력을 상실한 경우에만 유효합니다. 본인이 정보에 입각한 의료 결정을 스스로 내릴 수 있는 능력이 있는 한, 모든 의료 및 기타 의료 결정을 내릴 권리가 있습니다. 치료에 대한 본인의 희망 사항을 이 양식에 첨부할 수 있습니다. 선택하는 경우 의료 결정을 내릴 수 있는 의료 대리인의 권한에 대한 특정 제한 사항을 이 문서에 포함할 수 있습니다.

본인은 다음 사항을 증명합니다. 본인은 이 건강 관리 영구 위임장(DPOA-HC)의 중요성과 의미를 이해합니다. 이 양식에는 건강 관리 대리인에 대한 본인의 선택이 기재돼 있습니다. 이 양식을 자의로 작성했습니다. 본인은 사리분별 능력이 있습니다. 본인은 언제든지 마음을 바꿀 수 있습니다. 본인은 이 양식을 언제든지 교체할 수 있으며 이전 DPOA-HC를 취소할 수 있음을 이해합니다. 본인이 선택한 의사나 피지명인이 내가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 능력이 없다고 판단하면 본 DPOA-HC가 발효됩니다. 본 지시는 본인에게 행위 능력이 없는 한 계속됩니다.

성명: _____ 의무 기록 번호 : _____

생년월일: _____ / _____ / _____

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

본인 서명: _____ 날짜 : _____

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.

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)

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)

