

醫療護理延期生效授權委託書

這份預立醫囑（即醫療護理延期生效授權委託書）可供您指定在自己無法做出醫護事宜決定時為您做出醫護事宜決定的人。此人即是醫護事宜代理人。此表格符合華盛頓州法律的規定。

我的資訊：

全名： _____ 醫療紀錄號碼： _____
出生日期： _____ / _____ / _____
(年/月/日)

我的醫護事宜代理人

我指定的醫護事宜代理人是：

全名： _____ 出生日期： _____ / _____ / _____
地址、城市、州、郵遞區號： _____ 電話： _____

如果上列人士不能或不願意擔任，或者無法用合理的方式取得聯繫，那麼我將這些權力授予下列下一個合格的醫護事宜代理人：

第一替補人選

全名： _____ 出生日期： _____ / _____ / _____
地址、城市、州、郵遞區號： _____ 電話： _____

第二替補人選

全名： _____ 出生日期： _____ / _____ / _____
地址、城市、州、郵遞區號： _____ 電話： _____

授權醫護事宜代理人

本人醫護事宜代理人的一般授權和權力聲明：本人無法自己做出決定時，本人的醫護事宜代理人具有特別授權，可同意接受醫護治療。本人授權本人的醫護事宜代理人得執行本人關於維持生命處理的意願，例如餵食管、心肺復甦術、呼吸機和洗腎。這包括同意開始、繼續或停止醫學治療。本文件賦予您指定的醫護事宜代理人為您做出醫護事宜決定的權力，且僅當您失去為自己做出明智醫護事宜決定的能力時才有效。只要您有能力為自己做出明智的醫護事宜決定，就可保留做出所有醫療和其他醫療護理決定的權利。您的醫療意願可以附在此表格上。如果您願意，您可以在本文件中對醫護事宜代理人做出醫護事宜決定的權力加註具體限制。

本人證明以下幾點：本人瞭解這份醫療護理延期生效授權委託書 (DPOA-HC) 的重要性和意義。此表格反映了本人的醫護事宜代理人選擇。本人出於自願填寫此表格。本人神智清楚。本人明白本人可以隨時改變心意。本人了解本人可以隨時更換此表格，此舉會撤銷任何先前的 DPOA-HC。如果本人選擇的醫生或指定人員確定本人沒有能力自己做出醫護事宜決定，本人希望此 DPOA-HC 生效。只要本人持續失能，這個份醫囑就一直有效。

全名： _____ 醫療紀錄號碼： _____

出生日期： _____ / _____ / _____

兩名證人或公證人必須看著本人簽署此表格，表格才具備法律效力。

我的簽名： _____ 日期： _____

證人或公證人要求

若無見證人簽名或公證，此表格便不具有法律效力。

選項1：兩名見證人

證人要求：

- 必須至少年滿 18 歲且具備法定資格。
- 不能與您或您的保健業者有親屬關係（血緣關係、婚姻關係或州註冊同居伴侶關係）。
- 不能是您的居家護理業者或您居住的成人家庭之家或長期護理設施的護理業者。

見證人宣誓：本人聲明，本人符合擔任證人的規定。

見證人 #1 簽名： _____ 日期： _____

正楷簽名： _____

見證人 #2 簽名： _____ 日期： _____

正楷簽名： _____

選項2：公證人

華盛頓州 _____)

_____)

郡 _____)

這份記錄於下列日期在本人面前得到確認 _____ :

見證人(姓名)： _____

簽名： _____ 標題： _____ 到期日： _____

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
這種法定形式是許多公開版本中的其中一種。它並非法律建議。
如有問題或需要幫助，請諮詢您的法律顧問。(08-2021)