

사전연명의료의향서

(事前延命醫療意向書)

나(이름)의 건강이 아래 1.의 '상태'에 이르러 담당의사와 해당분야 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받게 되면 2.의 '연명의료'를 거절하겠으니, 담당 의료진과 가족은 이 「사전연명의료 의향서」에 기록한 나(작성자)의 뜻을 존중하여 주시기 바랍니다. 나는 「사전연명의료 의향서」의 효력과 변경이나 철회에 관해 이해하고 있으며 의식이 명료한 상태에서 이 서류를 자필 작성합니다.

1. 상태

회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 않으며, 급속도로 증상이 악화되어 최후에 임박한 상태

2. (거절하는) 연명의료

심폐소생술, 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 등 임종과정의 기간만을 연장하는 의학적 시술
* 위의 경우에도 나는 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순공급 및 평안과 청결을 위한 제반 조치는 원합니다.

지정대리인 : 내가 나의 연명의료에 관한 의사결정을 할 수 없는 때에는 아래 지정대리인이 결정을 하도록 위임합니다. 만약 불가피한 사정으로 지정대리인 (1)이 결정을 할 수 없는 경우에는 지정대리인 (2)가 그 권한을 행사하도록 위임합니다.

지정대리인 (1)	성명	관계	연락처
지정대리인 (2)	성명	관계	연락처

년 월 일

작성자:주소 _____ 성명 _____ 인+지문 _____
생년월일 _____ 전화 _____ 보관장소 _____
증인: 주소 _____ 성명 _____ 인 _____
생년월일 _____ 전화 _____ 관계 _____

더하고 싶은 이야기 (호스피스에 관한 사항, 장례에 관한 당부 등 제한 없이 기재 가능)

* 서식 지원 : 사)희망도레미-사전연명의료의향서 지원단 [의향서사업 인가법인]
서울시 서대문구 통일로 107-39 사조빌딩 402호 www.hope9988.com 02) 393-9987
* 「의향서 작성확인카드」와 「사본보관서비스」 및 사후관리 지원(10년 무료보관 등. 위 전화문의 바람)

