

醫療護理委託書

指定您在紐約州境內的醫療護理代理人

如果您已失去自行決定的能力，紐約州 **Health Care Proxy Law**（醫療護理委託法）允許您指定您信任的人（例如家人或密友）代您做出醫療護理決定。透過指定醫療護理代理人，您能夠確認醫療服務提供者是否遵循您的意願行事。當您的病情發生變化時，您的代理人還能夠決定如何根據您的意願行事。醫院、醫生和其他醫療服務提供者將您的代理人所做出的決定視同於您本人所做出的決定並予以遵循。您可以向您選定的醫療護理代理人授予您認為適當的權利。您可以允許您的代理人代您做出所有醫療護理決定，或僅代您做出部分醫療護理決定。您還可以向您的代理人下達其必須遵守的指示。本表格也能夠用於記錄您捐贈器官及/或組織的意願或指示。

關於醫療護理委託書表格

這是一份重要的法律文件。在簽署之前，您應當瞭解以下事實：

1. 除您在本表格中另行說明外，本表格授權您選擇的代理人為您做出所有醫療護理決定，包括移除或提供生命維持治療的決定。「醫療護理」是指用於診斷或治療您的身體或精神狀況的任何治療、服務或程序。
2. 除您的代理人已以合理方式知曉您關於人工營養和水分補充（透過飼管和靜脈注射供給營養和水分）的意願外，其不得代您拒絕或同意接受此類措施。
3. 如果您的醫生確定您已無法自行做出醫療護理決定，您的代理人將開始為您做出決定。
4. 您可在本表格上寫下您不願接受的治療類型和/或您希望確保獲得的治療範例。上述指示可用於限制代理人的決定權限。您的代理人在為您做決定時必須遵照您的指示。
5. 您填寫本表格時無需律師在場。
6. 您可任意選擇包括家人或密友在內的成年人（18 週歲或以上）作為您的代理人。如果您選擇一名醫生作為您的代理人，由於醫生不能同時作為您的主治醫生及代理人，因此其將必須在上述兩個身份之間做出選擇。此外，如果您是某醫院、私人療養院或心理衛生機構的患者或住院醫師，如需指定該機構工作人員作為您的代理，則需符合特殊限制。請諮詢該機構工作人員詳細瞭解上述限制。
7. 在指定某人作為您的醫療護理代理人之前，可先同其就此事進行討論並確認其是否願意成為您的代理人。告知您所選擇的人士，其將成為您醫療護理代理人。請和您的代理人就您醫療護理醫院以及本表格進行討論。請務必向您的代理人提供已簽名副本。您的代理人不會因善意做出的決定而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作為醫療護理代理人，且在之後二位已離婚或合法分居，根據法律規定，除您另行聲明外，您的前配偶不得再繼續作為您的代理人。如果您仍希望自己的前配偶繼續作為代理人，可在本表格上予以說明並寫下日期，或可另行填寫新表格並在其中指定您的前配偶作為您的代理人。
9. 即使您已簽署本表格，只要您具備相應能力，您仍有權自行做出醫療護理決定。如您反對接受某項治療，則醫護人員將不會為您提供或停止相應治療，在此項上，您的代理人將無權反對。
10. 您可透過口頭或書面形式告知代理人或您的醫療服務提供者以取消您對代理人的授權。
11. 指定醫療護理代理人屬於自願行為。沒有人能強制要求您指定自己的醫療護理代理人。
12. 您可在本表格上表達自己關於器官和/或組織捐贈的意願或指示。

常見問題

我為什麼應選擇醫療護理代理人？

如果您不能，即使是臨時不能做出醫療護理決定，則必須由他人代您做出決定。醫療服務提供者通常希望從您的家人處獲得指示。家人可表達他們認為您會就此具體治療所表達的相關意願。指定代理人使您可透過下述方式來掌控您的治療方案：

- 允許您的代理人在您希望做出醫療護理決定時代您做出該決定；
- 選擇您認為能夠做出最佳決定的人為您做出醫療護理決定；
- 選擇代理人以避免家人和/或親密伴侶之間產生矛盾或困惑。

如果您的首選代理人無法為您做出決定，您還可以指定備選代理人替其行事。

哪些人能夠成為醫療護理代理人？

任何年滿 18 週歲或以上者均能夠成為醫療護理代理人。經您指定作為您的代理人或備選代理人者不得以見證人身份在醫療護理委託書表格上簽字。

怎樣才能指定醫療護理代理人？

年滿 18 週歲或以上且具完全行為能力的成年人可透過簽署醫療護理委託書表格指定醫療護理代理人。您在指定代理人時無需律師或公證人到場，只需兩名成年見證人即可。您的代理人不能作為見證人簽字。您可以使用在此處列印的表格，但這並非強制要求。

我的醫療護理代理人什麼時候可開始為我做出醫療護理決定？

如您的醫師認定您已無法自行做出醫療護理決定後，您的醫療護理代理人可開始為您做出醫療護理決定。如您仍有能力自行做出醫療護理決定，您將始終有權自行決定。

我的醫療護理代理人能夠做出哪些決定？

除您對您的醫療護理代理人權限有所限制外，您的代理人將可以做出您有能力自行決定時可能做出的任何醫療護理決定。根據您的意願和利益所在，您的代理人能夠同意您接受治療、在不同治療方案中做出抉擇以及決定不接受所提供的治療。但是，如果您的代理人知曉您已口頭說明或書面表達的意願，則她或他只能做出人工營養和水分補充（透過飼管或靜脈注射提供營養和水分）相關決定。醫療護理委託書表格並未授予您的代理人代您做出非醫療護理決定的權力，如財務決定。

我年輕且健康，為什麼仍需指定醫療護理代理人呢？

即使您並非老年人或臨終病人，指定醫療護理代理人仍不失為良策。即使是您臨時無法自行做出醫療護理決定（例如，當您全身麻醉或因事故已經昏迷時），醫療護理代理人也能代您做出醫療護理決定。當您再次能夠自行做出醫療護理決定時，您的醫療護理代理人便無權繼續代您做出醫療護理決定。

我的醫療護理代理人將如何做出決定？

您的代理人必須遵循您的意願以及您的道德和宗教信仰。您可以在您的醫療護理委託書表格上寫下您的指示，或可與您的代理人就其進行簡單的討論。

常見問題，[接上頁](#)

我的醫療護理代理人將如何獲知我的意願？

與您的醫療護理代理人就您的意願進行開誠佈公的討論，有助於其更好地為您的利益服務。如果您的代理人尚不知曉您的意願或信仰，法律要求您的代理人在行事時以您的最大利益為出發點。由於這是您所指定的醫療護理代理人的主要職責，因此您應與該代理人一起就不同情況下您希望接受或拒絕的治療類型進行討論，例如：

- 如果您永久性昏迷，您是否想要開始/繼續/停止生命維持治療；
- 如果您患有晚期疾病，您是否想要開始/繼續/停止治療；
- 您是否想要開始/拒絕、繼續或停止人工營養和水分補充，以及上述指令在哪些情況下適用。

我的醫療護理代理人是否能夠否決我的意願或此前的治療指令？

不能。您的代理人有義務根據您的意願做出決定。如果您已經清楚地表達了特殊意願或下達了特殊治療指令，除您的代理人善意認為您的意願有所變化或您的意願不適用於當時的情況外，其有義務在做出決定時遵循上述意願或指示。

哪些人將對我的代理人有所關注？

法律規定，所有醫院、療養院、醫生和其他醫療服務提供者向您的醫療護理代理人所提供的資訊須與向您提供的資訊一致，且須將您的代理人所做出的決定視同於您本人所做出的決定並予以遵循。如果醫院或療養院反對採用某些治療方案（例如停止某些治療），他們須盡可能在您入院前或入院時將此事告知您或您的代理人。

如果我的醫療護理代理人未能在必須做出決定時到場決定，該怎樣處理？

如果您的醫療護理代理人未能在必須做出決定時到場決定，或該醫療護理代理人不能或不願意做出決定，您可以指定備選代理人為您做出決定。否則，醫療服務提供者將根據您尚具備決定能力時所下達的指示為您做出醫療護理決定。在這種情況下，您寫在醫療護理委託書表格上的任何指示均將為醫療服務提供者提供指導。

如果我改變想法，該如何處理？

您可以輕鬆取消您的醫療護理委託書、更換您所指定的醫療護理代理人或修改您在醫療護理委託書中寫明的任何指令或限制。只需簡單填寫一份新表格。此外，您可以表明在某個指定日期到來或發生某些特定事件時，您的醫療護理委託書即告失效。否則，醫療護理委託書將無限期生效。如果您選擇您的配偶作為您的醫療護理代理人或您的備選代理人，但您已與其離婚或合法分居，該任命將自動失效。如果您仍希望自己的前配偶繼續作為您的代理人，可在本表格上予以說明並寫下日期，或可另行填寫新表格並在其中指定您的前配偶作為您的代理人。

我的醫療護理代理人是否將為代我做出的決定承擔法律責任？

不會。您的醫療護理代理人無需對善意而代您做出的醫療護理決定負責。此外，由於其只是您的代理人，所以亦無需負責承擔您的護理費用。

常見問題，接上頁

醫療護理委託書是否與生前遺囑相同？

不。生前遺囑是提供具體醫療護理決定相關指示的文件。您可以在醫療護理委託書表格中寫明此類指示。醫療護理委託書允許您選擇您信任的人代您做出醫療護理決定。與生前遺囑的不同之處在於，醫療護理委託書不要求您事先就可能出現的所有決定做出相應決定。相反，您的醫療護理代理人能夠在醫療情況發生變化時對您的意願做出解釋，並能夠做出您可能事先不知情但卻必須做出的決定。

在簽署醫療護理委託書表格後，我應將它保存在哪裡？

向您的代理人、醫師、律師以及您希望由其持有副本的其他家人或好友提供一份副本。在您的錢包或手提袋中保存一份副本或將其與其他重要文件保存在一起，但請勿保存在沒人能夠取得的地方，例如保險箱內。即使您因小手術住院或接受門診手術，也應隨身攜帶一份副本。

我可以用醫療護理委託書表達我捐贈器官和/或組織的意願嗎？

可以。您可在醫療護理委託書表格上選填器官及組織捐贈章節以表達您的捐贈意願，請確保有兩人在場見證您填寫該章節。您可以規定您的器官和/或組織將被用於移植、研究或是教學目的。在委託書該章節中應註明您的上述意願是否存在限制條件。即使您未在醫療護理委託書表格中註明您的意願和指示，也仍不意味著您不希望成為一名器官和/或組織捐贈者。

我的醫療護理代理人能夠代我做出捐贈器官和/或組織相關決定嗎？

可以。自 2009 年 8 月 26 日起，您的醫療護理代理人已獲得授權，可在您去世後做出與器官和/或組織捐贈相關的特定決定。您的醫療護理代理人須按您的醫療護理委託書表格中所示做出相應決定。

如果我當時未表達我的意願，誰能夠同意捐贈？

有關處理器官、眼睛和/或組織捐贈的醫療護理代理人（或「醫療護理委託人」）、家庭成員和負責處理您遺體的人選，您的意願至關重要。如果您尚未表明成為或不成為器官和/或組織已知捐贈者的意願，紐約州法律可提供有權代表您同意器官、眼睛和/或組織捐贈的人員名單。人員按優先級排列如下：您的醫療護理代理人；您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侶；年滿 18 週歲或以上的子女；您的父母；年滿 18 週歲或以上的兄弟姐妹；成年孫子女；祖父母；您去世前法院指定的監護人；或任何其他授權處理您遺體的人員。

醫療護理委託書表格說明

第(1)項

寫下您選定的代理人姓名、家庭地址和聯絡電話。

第(2)項

如果您希望指定備選代理人，可寫下您選定的備選代理人姓名、家庭地址和聯絡電話。

第(3)項

除您已設定失效日期或失效條件外，您的醫療護理委託書將無限期保持有效。此章節為選填內容，僅在您希望自己的醫療護理委託書在特定日期失效時方需填寫。

第(4)項

如果您對自己的代理人有特殊指示，可在此註明。此外，如果您希望以任何方式限制代理人的權限，您也可在此說明或與您的醫療護理代理人討論相關內容。如果您未對任何限制作出說明，您的代理人將能夠代您做出任何醫療護理決定，包括同意或拒絕接受生命維持治療的決定。

如果您希望賦予您的代理人較大的權限，可直接在該表上註明。只需寫明：我已經和自己的醫療護理代理人及備選醫療護理代理人就本人意願進行了討論，他們已瞭解我的一切意願，其中包括人工營養和水分補充相關意願。

如果您希望作出更為具體的說明，您可以註明：

如果我生命垂危，我希望/不希望接受下列治療....

如果我昏迷或神志不清且毫無康復希望，我希望/不希望接受下列治療：....

如果我腦部受損或患有腦部疾病，導致我無法辨識他人或說話，且我的身體狀況毫無改善希望，我希望/不希望接受下列治療：....

我已經同我的代理人就 _____ 進行了討論，並且我希望由我的代理人做出與上述措施相關的一切決定。

下方列出了您可能希望向您的代理人下達特殊指令的醫療方案範例。這並非完整清單：

- 人工呼吸
- 人工營養和水分補充（透過飼管供應營養和水）
- 心肺復甦 (CPR)
- 抗精神類疾病藥物治療
- 電擊休克療法
- 抗生素治療
- 手術治療
- 透析
- 移植
- 輸血
- 流產
- 消毒

第(5)項

您必須簽署本醫療護理委託書表格並註明日期。如果您無法親自簽名，可指定他人在您在場的情況下代您簽署。請務必填上您的地址。

第(6)項

您可在表格上註明您的意願或有關器官和/或組織捐贈的說明。按照紐約州法律，可代表您同意器官、眼睛和/或組織捐贈的個人的優先順序如下：您指定的醫療護理代理人；您指定的處理您遺體的代理人；您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侶；年滿 18 週歲或以上的子女；您的父母；年滿 18 週歲或以上的兄弟姐妹；成年孫子女；祖父母；您去世前法院指定的監護人；或任何其他授權處理您遺體的人員。

第(7)項

兩名年滿 18 週歲或以上的見證人須在此醫療護理委託書表格上簽名。您選定的代理人或備選代理人不得作為見證人簽名。

醫療護理委託書

- (1) 我， _____
在此指定 _____
(姓名、家庭住址及聯絡電話)

作為我的醫療護理代理人，除我另作聲明外，其將為我做出任何及一切醫療護理決定。該委託書僅在我無法自行做出醫療護理決定時生效。

(2) 可選：備選代理人

如果我指定的上述個人不能、不願意或無法到場作為我的醫療護理代理人代我做出決定，我在此指定 _____
(姓名、家庭住址及聯絡電話)

作為我的醫療護理代理人，除我另作聲明外，其將為我做出任何及一切醫療護理決定。

- (3) 除我撤銷委託書或聲明委託書失效日期或失效條件外，此委託書將無限期地保持有效。(可選：如果您希望設定此委託書的失效時間，可在此註明該日期或失效條件。) 該委託書將在以下日期或出現以下情況時失效(註明日期或條件)：

- (4) 可選：我指定我的醫療護理代理人根據其所知的或如下所述的我的意願及限制條件做出醫療護理決定。(如果您希望限制您的代理人為您做出醫療護理決定的權限或給出具體指示，您可在此說明您的意願或限制。) 我指定我的醫療護理代理人根據以下限制和/或說明做出醫療護理決定(可根據需要額外增加頁數)：

為了使您的代理人能夠為您就人工營養和水分補充(透過飼管和靜脈注射供應營養和水分)做出醫療護理決定，您的代理人必須以合理方式知曉您的願望。您也可告知代理人您的意願為何或在本節中註明您的意願。如果您選擇在此表上註明自己的意願(包括人工營養和水分補充相關意願)，請參見您可使用的範例語言說明。

(5) 您的身份 (請用正楷填寫)

您的姓名 _____

您的簽名 _____ 日期 _____

您的地址 _____

(6) 可選：器官和/或組織捐贈

我據此做出解剖捐贈決定，在我去世後立即生效，並選擇將以下部分捐贈：

(勾選任何適用項)

任何為他人所需的器官和/或組織

以下器官和/或組織 _____

限制 _____

即使您未在該表格上表達自己有關器官和/或組織捐贈的意願或指示，也仍不意味著您不希望進行捐贈或禁止有人在法律允許的前提下代表您同意捐贈。

您的簽名 _____ 日期 _____

(7) 見證人聲明 (見證人必須年滿 18 週歲或以上，並且不能同時作為醫療護理代理人或備選代理人。)

我聲明，我本人熟識簽署此文件者，其心智健全且出於自願做出相應行為。其在我在場的情況下親自簽署（或者請求其他人代為簽署）此文件。

見證人 1

日期 _____

姓名 (正楷填寫) _____

簽名 _____

地址 _____

見證人 2

日期 _____

姓名 (正楷填寫) _____

簽名 _____

地址 _____



**Department
of Health**