

## 不施行維生醫療同意書

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）

台灣安寧照顧協會依行政院衛生署中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印

Y-C-5540-CF-005-01