

醫療護理委託書

指定您在 New York State
的醫療護理代理人

如果您失去了自己決策的能力，New York Health Care Proxy 法律允許您指定您信任的人，例如家庭成員或親密朋友—做 醫療護理 – 決策。通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。當您的病情發生變化時，您的代理人還能夠決定如何表達您的意願。醫院、醫師和其他醫療服務提供者必須像遵循您的決策一樣遵循您的代理人的決策。您可以向您選作您的醫療護理代理人的個人授予您認為適當的權利。您可以允許您的代理人做出所有醫療護理決策，或只做出部分醫療護理決策。您還可以向您的代理人下達他或她必須遵守的說明。本表格也能夠用於證明您捐贈器官或組織的意願或指示。



CHOICESM
Health Plans

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，您應當明了以下事實：

1. 本表格授權您選擇的代理人為您做出所有醫療護理決策，包括移除或提供生命維持治療的決策，除非您在本表格中另外說明。“醫療護理”是指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. 除非您的代理人合理地知道您的關於人工營養和水分補充（通過飼管和靜脈注射供應營養和水）的願望，他或她將不得代您拒絕或同意這些事項。
3. 如果您的醫師確定您無法自行做出醫療護理決策，您的代理人將開始為您做出決策。
4. 您可在本表格上寫下您不需要的治療類型和/或那些您希望確保得到的治療。這些說明可用於限制代理人的決策權限。您的代理人在為您做決策時必須遵照您的說明。
5. 您填寫本表格不需要律師。
6. 您可選擇包括家人或好友在內的任何成年人（18 周歲或以上）作為您的代理人。如果您選擇一名醫師作為您的代理人，他或她將必須在您的代理人或您的主治醫師兩個身份之間做出選擇，因為醫師不能同時擁有這兩個身份。此外，如果您是某個醫院、私人療養院或心理衛生機構的病人或住院醫師，要讓為該機構工作的人員作為您的代理將有特殊要求。有關這些限制，請諮詢該機構人員。
7. 在指定某人作為您的醫療護理代理人之前，可先同他或她討論，確保他或她願意作為您的代理人。告訴您選擇的人士，他或她將成為您醫療護理代理人。請和您的代理人討論自己的醫療護理願望以及本表格。務必向代理人提供已簽名的副本。您的代理人不能因出於良好意願做出的決策而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作為醫療護理代理人，並且之後您們離婚或合法分居，根據法律，除非您另行聲明，您的前配偶可不再作為您的代理人。如果您仍然希望自己的前配偶作為代理人，可在本表格上說明這點並寫下日期，或者填寫指定您的前配偶的新表格。
9. 即使您簽署了本表格，只要您個人有能力，您仍有權自行進行醫療護理決策，並且如果您反對，將不會提供或停止相應治療，您的代理人也沒有任何反對權限。
10. 您可通過口頭或書面形式告知代理人或您的醫療服務提供者來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。沒有人能強制您指定。
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說明。

常見問題解答

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策，必須由其他人代您做出決策。醫療服務提供者經常希望從家人那裡獲得指導。家人可以表達他們認為與具體治療有關的您的意願。指定代理人使您通過下述各項來掌控您的治療方案：

- 允許您的代理人在您希望他們做決策時，代您做出醫療護理決策；
- 選擇您認為能夠做出最佳決策的人為您做出醫療護理決策；
- 選擇代理人以避免家人和/或親密伴侶之間發生矛盾或困惑。如果您第一次指定的代理人不能做決策，您還可以指定候補代理人來接替他。

哪些人能夠擔任醫療護理代理人？

18 周歲或以上的任何人都能夠擔任醫療護理代理人。您指定擔任您的代理人或候補代理人的個人不能作為見證人在 Health Care Proxy 表上簽字。

我怎樣指定醫療護理代理人？

18 周歲或以上具完全行為能力的成年人能夠通過簽署醫療護理委託書表格指定醫療護理代理人。您無需律師或公證人，只需兩名成年見證人。您的代理人不能作為見證人簽字。您可以使用從這裡打印的表格，但您不必一定使用這個表格。

我的醫療護理代理人在什麼時候代我做出醫療護理決策？

在您的醫師決定您不能做出您自己的醫療護理決策後，您的醫療護理代理人可以開始代您做出醫療護理決策。如果您有能力為您自己做出醫療護理決策，您將有權這麼做。

我的醫療護理代理人能夠做哪些決策？

除非您限制您的醫療護理代理人的權限，您的代理人將可以做出您在有能力自行決策時可能做出的任何醫療護理決策。根據您的意願和利益，您的代理人能夠同意您應當接受治療、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，如果您的代理人知道您已經說明或已經書面表達的意願，她或他只能做出人工營養和水分補充相關決策（通過飼管或靜脈注射提供營養和水分）。醫療護理委託書表格未授予您的代理人代您做出非醫療護理決策的權力，如財務決策。

如果我年輕並健康，我為什麼需要指定醫療護理代理人？

即使您不是老年人或臨終病人，指定醫療護理代理人仍是一個好主意。即使是您臨時不能做出您自己的醫療護理決策（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策。當您再次能夠做出您自己的醫療護理決策時，您的醫療護理代理人將不再有權代您做出醫療護理決策。

我的醫療護理代理人怎樣做決策？

您的代理人必須遵循您的意願，以及您的道德和宗教信仰。您可以將說明寫在您的醫療護理委託書表格上，或與您的代理人對指示進行簡單的討論。

我的醫療護理代理人怎樣知道我的意願？

與您的醫療護理代理人對您的意願進行坦誠佈公的討論將使他或她更好地為您的利益服務。如果您的代理人不知道您的意願或信仰，法律要求您的代理人按照您的最大利益行事，因為這是對您指定擔任醫療護理代理人的個人的主要職責。

常見問題解答，接上頁

您應該與代理人一起討論在不同情況下您可能或可能不需要的治療類型，例如：

- 如果您永久性昏迷，您是否想要開始/繼續停止 維繫生命；
- 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/停止或繼續或停止人工營養 和水分補充，以及在什麼樣的情況下適用。

我的醫療護理代理人能夠否決我的意願或先前的治療說明嗎？

不能。您的代理人有義務根據您的意願做出決策。如果您已經清楚地表達了特殊意願或給了特殊治療說明，您的代理人有義務遵循那些意願或指示，除非他或她善意地認為您改變了意願或您的意願不適合當時的情況。

哪些人將關注我的代理人？

依法要求所有醫院、療養院、醫師和其他醫療服務提供者向您的醫療護理代理人提供與提供給您一樣的信息，以及像尊重您做出的決策一樣的尊重您的代理人所做出的決策。如果醫院或療養院反對某些治療方法（例如停止某些治療），如果可以合理地停止，他們在停止前或停止時必須告訴您或您的代理人。

當必須做出決策時，如果和我的醫療護理代理人聯繫不上，話將會怎麼樣？

如果在必須做出決策時和您的醫療護理代理人聯繫不上，或醫療護理代理人不能或不願意做出決策，您可以指定候補代理人代您做決策。否則，醫療服務提供者將根據您還能夠決策時提供的指示代您做出醫療護理決策。在這種情況下，您寫在醫療護理委託書表格上的任何指示將指導醫療服務提供者。

如果我改變了想法，將會怎麼樣？

您可以輕鬆地取消您的醫療護理委託書，或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的任何說明或限制條件。簡單地填寫一份新表格。此外，您可以明確指示您的醫療護理委託書在某個指定日期或在發生某些事件時到期。否則，醫療護理委託書將無限期地有效。如果您選擇您的配偶擔任您的醫療護理代理人或您的候補代理人，但您已經離婚或合法分居，約定將自動無效。但是，如果您想要您的前配偶繼續擔任您的代理人，您可以在您現在的表格中註明並寫下時間，或在新表格中填寫您前配偶的姓名。

我的醫療護理代理人是否將對代我做的決策負法律責任？

否。您的醫療護理代理人將不對誠意代您做出的醫療護理決策負責。此外，由於他或她只是您的代理人，所以將不會對您的護理費用負責。

醫療護理委託書與生前遺囑一樣嗎？

否。生前遺囑是提供醫療護理決策相關明確說明的文件。您可以在醫療護理委託書表格中填寫此類說明。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策。與生前遺囑不一樣，醫療護理委託書不要求您事先知道可能出現的所有決策。然而，您的醫療護理代理人能夠在醫療情況發生變化時解釋您的意願，並能夠做出您可能不知道但卻必須做出的決策。

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、律師以及您所希望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與其他重要文件保存在一起，但不要保存在沒人能夠找得到的地方，例如保險箱。即使您因小手術住院或接受門診手術，也應攜帶一份副本在身上。

常見問題解答，[接上頁](#)

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？

是的。利用醫療護理委託書表格上的可選的器官及組織捐贈章節來表達您的捐贈意願，須有兩人見證您填寫該章節。您可以規定您的器官和/或組織用於移植、研究或教學目的。委託書的該章節中應註明和您的意願相關的任何限制條件。醫療護理委託書表格中未包括您的意願和指示將不視為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/或組織相關決策嗎？

是的。自 2009 年 8 月 26 日起，您的醫療護理代理人將被授權在您去世後做出僅限於與器官和/或組織捐贈相關的決策。您的醫療護理代理人必須做出您的醫療護理委託書表格中所示的決策。

如果我當時未表達我的意願，誰能夠同意捐贈？

如果有指定的代理人，則向您的醫療護理代理人、您指定的身後事代理人以及您的家人提及您捐贈器官和/或組織的意願是至關重要的。New York State 法律提供了有權代您同意捐贈器官和/或組織的人員的名單。他們的優先順序如下：您的醫療護理代理人、您的身後事代理人、您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侶、年滿 18 周歲或以上的子女、您的父母、年滿 18 周歲或以上的兄弟姐妹或在捐贈人去世前法院指定的監護人。

醫療護理委託書表格說明

項目 (1)

寫下選為自己代理人的人士的姓名、家庭地址和電話號碼。

項目 (2)

如果您希望指定候補代理人，可寫下您選為自己的候補代理人的人士的姓名、家庭地址和電話號碼。

項目 (3)

除非您設定到期日期或到期條件，否則您的醫療護理委託書將無限期保持有效。本部分為選填內容，僅在您希望自己的醫療護理委託書有到期日期時填寫。

項目 (4)

如果您對自己的代理人有特殊說明，可在此註明。此外，如果您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。如果未說明任何限制，您的代理人將能夠代您做出任何醫療護理決策，包括同意或拒絕生命維持治療的決策。

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和候補醫療護理代理人討論了自己的願望，他們了解我的願望，包括人工營養和水分補充方面的願望。

如果您希望進行更為具體的說明，您可以說：
*如果我情況危急，我不希望接受以下類型的治療...
如果我昏迷或神誌不清，沒有康復希望，我希望/不希望接受以下類型的治療：....*

如果我有腦損傷或者腦疾病讓自己無法辨識人或講話，並且該狀況沒有希望改善，我希望/不希望接受以下類型的治療：....

我已經同我的代理人就_____進行了討論，並且我希望我的代理人就這些措施做出所有決策。

下面列出了您可能希望給您的代理人特殊說明的醫療方法的示例。這並非完整列表：

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

項目 (5)

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，可指定其他某個人在您在場的情況下簽署。請務必填上自己的地址。

項目 (6)

您可在該表格上表達自己的願望或者有關器官和/或組織捐贈的說明。New York State 法律提供了有權代您同意捐贈器官和/或組織的人員的名單：您的醫療護理代理人、您的身後事代理人、您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侶、年滿 18 周歲或以上的子女、您的父母、年滿 18 周歲或以上的兄弟姐妹或在捐贈人去世前法院指定的監護人。

項目 (7)

本醫療護理委託書表格必須由兩名年滿 18 周歲或以上的見證人簽署。被指定為您的代理人或候補代理人的人士不得作為見證人簽署。

醫療護理委託書

(1) 我 _____

據此指定 _____

(姓名、家庭住址及電話號碼)

作為我的醫療護理代理人，除非我另作聲明，其將為我做出任何及所有醫療護理決策。該委託書僅在我無法自行做出醫療護理決策時有效。

(2) 可選：候補代理人

如果我指定的個人不能、不願意或無法作為我的醫療護理代理人決策，我據此指定 _____

(姓名、家庭住址及電話號碼)

作為我的醫療護理代理人，除非我另作聲明，其將為我做出任何及所有醫療護理決策。

(3) 除非我撤銷委託書，或聲明到期日期或將使其過期的條件，本委託書將無限期地保持有效。（可選：如果您希望本委託書有到期時間，可在此聲明日期或條件。）該委託書將在以下日期或情況下到期（指定日期或條件）： _____

(4) 可選：我指定我的醫療護理代理人根據他或她所知的或如下所述的我的願望及限制條件進行醫療護理決策。（如果您希望限制您的代理人為您做出醫療護理決策的權限或給出具體說明，您可在此說明您的願望或限制。）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策（根據需要附加額外頁面）： _____

為了您的代理人能夠為您就人工營養和水分補充（通過飼管和靜脈注射供應營養和水）做出醫療護理決策，您的代理人必須合理地知道您的願望。您也可告訴代理人自己的願望是什麼或者在本章節說明願望。如果您選擇在該表上說明自己的願望（包括有關人工營養和水分補充的願望），請參見您可使用的示例語言的說明。

(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，在死後選擇將以下部分捐贈：

(選中任何適用項)

任何需要的器官和/或組織

以下器官和/或組織 _____

限制 _____

如果您未在該表格上表達自己的願望或者有關器官和/或組織捐贈的指示，這並不意味著您不希望進行捐贈或者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 周歲或以上，並且不能是醫療護理代理人或候補代理人。)

我聲明，我親自公證簽署本文檔的人心智健全並且出於自願採取相應行為。他或她在我在場的情況下進行了簽署 (或者請求其他人代為簽署)。

日期 _____ 日期 _____

見證人 1 姓名 (正楷填寫) _____ 見證人 2 姓名 (正楷填寫) _____

簽名 _____ 簽名 _____

地址 _____ 地址 _____



Department of
Health