

醫療護理委託書

指定您在紐約州的 醫療護理代理人

『紐約醫療護理委託法』允許您指定您信任的人士，例如一名家庭成員或者密友，在您失去自行作決定的能力的情況下替您做出醫療護理決定。通過指定一名醫療護理代理人，您能夠確保醫療護理機構遵從您的願望。您的代理人也可以決定如何隨著您病情的變化，來實施您的願望。醫院、醫生以及其它的醫療護理機構必須遵從您的代理人的決定，如同您自己所做的決定一樣。您可以把適當的權限授與您選定擔任您的醫療護理代理人的人士。您可以允許您的代理人做出全部醫療護理決定，或者也可以只是做出某些決定。您也可以說明您的代理人必須遵照的指示。這份表格也可以用來證明您在器官和／組織捐贈方面的願望或者指示。

醫療護理委託表格介紹

這是一份重要的法律文件。在簽字之前，您應當瞭解如下事實：

1. 除非您在本表中另行說明，這份表格將授權您所選擇作為代理人的人士，替您做出所有醫療護理決定，包括取消或者提供維持生命治療的決定。"醫療護理"指的是用來診斷或者治療您的身體或者心理疾病的任何治療、服務或者程序。
2. 除非您的代理人適度瞭解您在人工營養和流質食物(由進食管或及靜脈所輸送的營養和水)方面的願望，他/她不得拒絕或者同意對您使用這些方法。
3. 當醫生認為您不能自行做出醫療護理決定時，您的代理人將開始替您做決定。
4. 您可以在此表中寫下您不想接受的以及/或者您確定您要接受的治療的種類。這些指示可以用來限制代理人的決定權。您的代理人在為您做決定時必須遵照您的指示。
5. 您不需要律師來填寫這份表格。
6. 您可以選擇任何成年人(18歲或以上)，包括家庭成員或者密友，做您的代理人。如果您選擇由一名醫生擔任您的代理人，他/她必須在做您的代理人 and 主治醫生這兩者之中進行選擇，因為醫生不能身兼二職。此外，如果您是醫院、療養院或精神病院的門診病人或住院病人，在指定這些機構的工作人員擔任您的代理人時有特殊的限制。請工作人員向您解釋那些限制條件。
7. 在指定某位人士成為您的醫療護理代理人之前，請先與他或她商量，確定他或她願意擔任您的代理人。告知您所選擇的那位人士，他或者她將會成為您的醫療護理代理人。就您的醫療護理願望和這份表格同您的代理人商量。務必給他或者她一份已簽字的文件。您的代理人不會因為善意做的決定遭到起訴。
8. 如果您已指定您的配偶作您的代理人而您後來離婚或者合法分居，根據法律規定，您以前的配偶不能再擔任您的代理人，除非您另行說明。如果您希望您以前的配偶仍然擔任您的代理人，您可以在這張表格上予以說明並註明日期，或者填寫一份新表指定您以前的配偶擔任您的代理人。
9. 即使您已經在這份表格上簽字，只要您能夠自行做出醫療護理決定，那麼您仍有權這樣做。如果您反對的話，則不能對您進行或者停止治療，您的代理人也無權反對。
10. 您可以通過口頭或者書面形式，告知您的代理人或者醫療護理機構取消給予該代理人的權限。
11. 您有權自由選擇是否指定醫療護理代理人，任何人不得要求您進行指定。
12. 您可以在這份表格中表明您在器官和/或組織捐獻方面的願望或者指示。

常見問題解答

我為何要選擇一名醫療護理代理人？

如果您無法做出醫療護理決定，即使是臨時性的，也必須有其他人替您做決定。醫療護理機構通常尋求家庭成員的意見。家庭成員可以對您就是否願意接受某種特定治療做出判斷。可是在紐約州，如果您無法自行做出決定，只有您指定的醫療護理代理人才有法律權力為您做出治療決定。指定一名代理人使您能夠通過以下途徑掌握您的治療情況：

- 允許您的代理人代表您做出符合您的願望的醫療護理決定；
- 選擇一位人士為您做醫療護理決定，因為您認為此位人士可以作出最佳決定；
- 選擇一位人士，以避免家庭成員和／或其他重要的人士之間產生衝突或者混亂。

如果您最先選擇的那位人士不能為您做決定，您也可以指定一名預備代理人接管。

誰可以擔任代理人？

任何一名18歲或以上的人士都可以擔任代理人。您指定擔任您的代理人或者預備代理人不能以證人身份在您的醫療護理委託表格上簽字。

我該如何指定一名醫療護理代理人？

所有18歲或以上、心智健全的成年人均可通過簽署一份醫療護理委託表格來指定醫療護理代理人。您不需要律師或者公證人，僅需要兩名成年證人。您的代理人不能以證人身份簽字。您可以使用此處附上的表格，但是您不一定要使用它。

我的醫療護理代理人何時開始替我做醫療護理決定？

在您的醫生確定您不能自己做醫療護理的決定後，您的醫療護理代理人開始為您做

醫療護理決定。只要您能夠自行做決定，您就有權這樣做。

我的醫療護理代理人可以做哪些決定？

除非您對醫療護理代理人的權利作出限制，您的代理人將有權做出在您能夠自行決定的情況下可能做出的醫療護理所有決定。代理人可以根據您的意願和利益，同意您應當接受治療，選擇不同的治療方案，並且確定不應當提供的治療方案。可是，只有在您的代理人從您的口頭或書面指示中瞭解到您的意願，他或者她才能對人工營養和流質食物（通過進食管或者靜脈輸送的營養或者水）做出決定。醫療護理委託表格並沒有授權您的代理人為您做非醫療護理決定，例如財務決定。

如果我年紀輕、身體健康，為何需要指定一名醫療護理代理人？

即使您年齡不大和沒有嚴重疾病，指定醫療護理代理人仍是個明智的做法。如果您即使暫時無法自行做醫療護理決定（例如您做全身麻醉或者因為意外事故而昏迷），您的醫療護理代理人就能代表您作出決定。在您恢復自行做醫療護理決定後，您的醫療護理代理人將不再被授權採取行動。

我的醫療護理代理人將如何做決定？

您的代理人必需遵從您的意願以及您的道德和宗教信仰。您可以把您的指示寫在您的醫療護理委託表格上，或者只須同您的代理人商量。

我的醫療護理代理人如何瞭解我的意願？

就您的意願同您的醫療護理代理人進行一次開誠佈公的探討，這將會使他或者她更能夠為您的利益服務。如果您的代理人不瞭解您的意願或者信仰，法律要求您的代理人最大限度代表您的利益。因為這是您指定擔任您的醫療護理代理人的人士的重

常見問題解答 (續)

大責任，您應當針對不同情況下您願意接受或者不願接受的治療種類，同此位人士進行探討，例如：

- 如果您永久昏迷，您是否希望開始／繼續／取消使用維持生命的設施；
- 如果您得了不治之症，您是否希望開始／繼續／取消治療；
- 您是否希望使用／暫停、繼續或者撤除人工營養和流質食物，以及在哪些情況下這樣做。

我的醫療護理代理人可否否決我的意願或者以前的治療指示嗎？

不可以。您的代理人有義務根據您的意願做決定。如果您清楚表達了某些願望或者做出詳細的治療指示，您的代理人有責任遵照您的意願或指示，除非他或者她有足夠的理由認為您的意願發生了變化或者不適合實際情況。

誰會聽從我的代理人的決定？

法律規定所有醫院、療養院、醫生以及其它的醫療護理機構把可能會提供給您的資料同樣提供給您的醫療護理代理人，並且尊重您的代理人做出的決定，就好像是您做的決定一樣。如果醫院或者療養院反對某些治療方案(比如取消某種治療)則只要有可能，必須在您入院之前或入院之際通知您或者您的代理人。

如果須要做決定時我的醫療護理代理人不在，怎樣辦？

如果您的醫療護理代理人不在、不能夠或者不願意在必需做決定時採取行動，您可以指定一名預備代理人為您做決定。否則，醫療護理機構將會遵照您在仍然能夠做決定時所做出的指示來為您做醫療護理決定。在這些情況下，醫療護理機構將會遵照您在醫療護理委託表格上所做出的指示。

如果我改變主意怎麼辦？

要取消您的醫療護理委託，變換您已經指定的醫療護理代理人，或者改變表格上所包含的任何指示或者限制，這很容易。只要填寫一份新表即可。另外，您可以指明您的醫療護理委託在某個日期或者在某些特定的情況下終止。否則，此醫療護理委託將無限期有效。如果您選擇您的配偶做您的醫療護理代理人或者預備代理人，而您離婚或者合法分居，此項指定自動取消。可是，如果您希望您以前的配偶繼續做您的代理人，您可以在現在的這份表格上予以說明並註明日期，或者填寫一份新表指定您以前的配偶做您的代理人。

我的醫療護理代理人能對代表我所做的決定負法律責任嗎？

不能。對於您的醫療護理代理人代表您善意做的醫療護理決定，他或她將不負有責任。此外，不能僅僅因為他或者她是您的代理人而負責您的護理費用。

醫療護理委託同遺囑相同嗎？

不是的。遺囑是一份提供醫療護理決定方面的特別指示的文件。您可以把這樣的指示填寫在醫療護理委託表格中。醫療護理委託允許您選擇您所信任的某位人士代表您做出醫療護理決定。同遺囑不同，醫療護理委託不會要求您預先知道可能出現的所有決定。相反，您的醫療護理代理人可隨著療情的變化對您的願望進行解釋，並做出您不可能預先知道要做的決定。

我應當把已簽字的醫療護理委託表格保存在哪裏？

給您的代理人、醫生、律師以及任何您想給的其他家庭成員或者密友一份複印件。在您的皮夾或者錢包中放一份，或者和其它的重要文件放在一起，但是不要放在沒人能找到的地方，如保險箱。如若住院，即使是小手術，或在門診進行檢查，也帶上一份。

常見問題解答 (續)

我可以用醫療護理委託表格表達我在器官和／或者組織捐獻方面的願望嗎？****

可以。使用醫療護理委託表格中備選的器官和組織捐獻部分，務必有兩個人對此部分予以見證。您可以指明您的器官和 或組織用於移植、研究或者教育。同您的願望有關的任何限制應當在本委託的這部分中予以注明。如果您沒有在醫療護理委託表格中填寫您的願望和指示，並不表示您不希望成為一名器官和／或組織捐獻者。

我的醫療護理代理人可以為我做出器官和／或組織捐獻方面的決定嗎？

不可以。醫療護理代理人代您做出醫療護理決定的權利在您死亡時即告終止。在醫療護理委託表格上注明您的願望，可以讓您清楚地表明您在器官和組織捐獻方面的願望。

如果我此時選擇不表達我的願望，那麼誰可以同意進行捐獻？

表明您在器官和／或組織捐獻方面的願望是很重要的，這樣才可以讓將來處理捐獻問題的家庭成員瞭解您的願望。儘管如此，紐約州的法律規定了一份認可的個人名單，授權他們代表您同意捐獻器官和／或組織。他們按照優先順序排列：您的配偶、18歲或以上的子女或者您的父母、年滿18歲或以上的兄弟姐妹、捐獻者死亡之前由法庭指定的監護人、或者任何其他法律認可的人士。

醫療護理委託表格填寫指南

第一項

寫下您選擇的擔任您的代理人的人士的姓名、家庭地址和電話號碼。

第二項

如果您想指定一位預備代理人，寫下您選擇作為您的預備代理人的人士的姓名、家庭地址和電話號碼。

第三項

您的醫療護理委託將會無限期有效，除非您確定了失效日期或者失效條件。這部分供您選擇，您只有在希望您的醫療護理會委託失效的情況下才應當填寫。

第四項

如果您對您的代理人有特別指示，請在此處寫下來。而且如果您希望以任何方式限制您的代理人的權限，您可以在此表明或者同您的醫療護理代理人商量。如果您不聲明有任何限制，那麼將允許您的代理人做出您可能會做的決定，包括同意或者拒絕延續生命治療的決定。

如果您想給予您的代理人較大的權限，您可以直接寫在表格上。只要寫明：*我已經同我的醫療護理代理人*和*預備代理人*進行了探討，他們瞭解我的願望，包括人工營養和流質食物方面的那些願望在內。

如果您希望做出更明確的指示，您可以這樣說：

如果我患上不治之症，我希望／不希望接受下列種類的治療

如果我處於昏迷狀態或者神智不清，沒有康復的希望，那麼我希望／不希望接受下述種類的治療：

如果我腦部損傷，或者患有腦部疾病，使我無法認出別人或者說話，並且我的病情毫無好轉的希望，我希望／不希望接受下列種類的治療：

我已經同我的代理人就_____進行了探討，我希望我的代理人就有關這些措施做出全部決定。

您希望給予您的代理人特殊指示的醫療例子列舉如下。但這份清單並不包括所有。

- 人工呼吸
- 人工營養和流質食物 (通過進食管提供的營養和水份)
- 心肺復蘇
- 精神病人安定治療
- 電擊療法
- 抗生素
- 外科手術
- 透析法
- 移植
- 輸血
- 墮胎
- 絕育手術

第五項

您務必在此醫療護理表格上註明日期並簽字。如果您本人無法簽字，您可以指示其他人在您當面簽字。務必寫上您的地址。

第六項

您可以在這張表格上表明您在器官和／或組織捐獻方面的願望或者指示。醫療護理代理人無法做出器官和／或組織捐獻方面的決定，因為代理人的權力在您死亡時就終止了。法律確實規定了特定的人士代表您同意進行器官和／或組織捐獻。按照優先順序排列：您的配偶、18歲或以上的子女、或者您的父母、年滿18歲或以上的兄弟姊妹、捐獻者死亡之前由法庭指定的監護人、或者任何其他法律認可的人士。

第七項

兩名年滿18歲或以上的證人必須在這份醫療護理委託表格上簽字。被您指定為代理人或者預備代理人的人士不能以證人身份簽字。

醫療護理委託書

(1) 本人 _____

在此指定 _____

(姓名、家庭地址和電話號碼)

作為我的醫療護理代理人，為我做出任何以及所有的醫療護理決定，除非我另外聲明。只有在我無法做出我的醫療護理決定的時候，這份委託方能生效。

(2) 備選：預備代理人

如果我指定的人士不能夠、不願意或者難以擔任我的醫療護理代理人，我在此指定

(姓名、家庭地址和電話號碼)

作為我的醫療護理代理人，為我做出任何以及所有醫療護理決定，除非我另外聲明。

(3) 除非我取消或者說明失效日期或失效條件，否則，這份委託書將無期限有效。

(任選：如果您希望此份委託失效，請在此規定日期或者條件。) 此委託將會在以下
(確定日期或條件下) 失效： _____

(4) 任選：我指示我的醫療護理代理人根據我的願望和限制做出醫療護理決定，與他或者她所瞭解的情況或者下述情況一樣。(如果您想限制您的代理人為您做出醫療護理決定的權限，或者給出特別的指示，您可以在此表明您的願望或者限制。) 我指示我的醫療護理代理人根據下列限制和/或指示做出醫療護理決定(必要的話附上另外的說明)： _____

為了讓您的代理人就人工營養和流質食物做出醫療護理決定(通過進食管和靜脈提供營養和水)，您的代理人必須適度瞭解您的願望。您可以告訴您的代理人您的願望，或者在此處說明。如果您希望把您的願望，包括您在人工營養和流質食物方面的願望，寫在表格上，請參考以上有關您可以使用的語言的例子。

(5) 您的身份 (請用大寫字母寫出)

姓名 _____
簽名 _____ 日期 _____
地址 _____

(6) 任選：器官和／或組織捐獻

我在此同意捐獻一份解剖學贈品，在我死亡時生效：
(請選出所有合適的項目)

任何需要的器官和／或組織

下列器官和／或組織 _____

限制條件 _____

如果您不在這份表格上表明您在器官和／或組織捐獻方面的願望或指示，並不表示您不希望捐獻，也並不表示不可以由法律認可的人士代表您同意捐獻。

您的簽字 _____ 日期 _____

(7) 證人聲明 (證人必須18歲或以上，並且不能成為醫療護理代理人或者預備代理人。)

我聲明，我本人認識在此份文件上簽字的人。此位人士心志健全，並且是在自願的情況下填寫這份表格的。他或者她在我面前在這份文件上簽字(或者請另一個人代他簽名)。

日期 _____

第一位證人姓名
(用大寫字母寫出) _____

簽名 _____

地址 _____

日期 _____

第二位證人姓名
(用大寫字母寫出) _____

簽名 _____

地址 _____



State of New York
Department of Health