

◎1-1 安寧緩和意願書-範例：

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人_____ (正楷簽名)若罹患嚴重傷病，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時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選)

- 接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(正楷簽名) 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

是 否 年滿二十歲 (簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(正楷簽名) 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

◎在場見證人(二)：(正楷簽名) 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

◎簽署日期：中華民國_____年_____月_____日(必填)

◎法定代理人：(簽署人為未成年末期病人(或監護宣告之人)時，方由法定代理人在此欄位填寫)

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

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

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

備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度。

2 需要回覆通知者請於打勾(無勾選者視同無須回覆)：註記手續辦理成功時，請以手機簡訊或郵寄回覆通知簽署人。若無收到回覆，請撥打 02-23582186 衛生福利部意願書處理小組查詢。

3 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：意願書原索取單位或台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

【正本】依衛生福利部中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印。 1050314 版



◎1-2 安寧緩和醫療委任代理人委任書-範例:

醫療委任代理人委任書



紅框內必填

本人 _____ 已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，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而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任 _____ 為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

紅框內必填

立意願人

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

受任人

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

紅框內必填

後補受任人(一)(得免填列)

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

後補受任人(二)(得免填列)

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

可填可不填

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填)

**紅框內
必填**

◎1-3 撤銷安寧緩和意願聲明書-範例：

撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書



紅框內必填 本人無法填寫則在藍框內填寫代理人姓名

本人_____ (或由醫療委任代理人_____)已簽署「預立安寧緩和醫療

暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

*** 意願人**

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

紅
框
內
為
無
法
填
寫
則
填
寫
至
藍
框
內

*** 醫療委任代理人 (若無委任代理人，由意願人本人簽署則免填)**

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地址：

聯絡電話：

填寫日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填)

紅框內為本人/醫療委任代理人必填。↑

◎1-4 器官捐贈同意書-範例:

器官捐贈同意書



宣導機構:

影像歸檔碼

本人瞭解醫療有其極限，而愛心可以延續，經閱讀、知悉後列說明後，願意簽署器官捐贈同意書，並將此意願註記於健保卡，於生命之盡頭，捐贈可用器官，讓其他需要的病人能因此而獲得重生機會。

(以下欄位有*標示者為必填)

紅框內必填

*簽署人: _____ (敬請親自以正楷書寫); *簽署日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*國民身分證統一編號: _____; *出生日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*聯絡電話: _____; *聯絡地址: _____

*法定代理人姓名及國民身分證統一編號 (簽署人未滿20歲，方須由法定代理人正楷書寫):

(姓名) _____ ; (國民身分證統一編號) _____

本人 希望 不希望 獲得器官捐贈同意卡。(如未勾選，視同「不希望」) 卡號: _____ (工作人員填寫)

簽署的原因? (例: 我覺得這很有意義) _____

給家人的話 (例: 希望家人可以尊重我的決定): _____

願意捐贈器官(組織)項目: (可複選)

全部捐贈; 心臟; 肺臟; 肝臟; 胰臟; 腎臟; 小腸; 眼角膜; 皮膚; 骨骼; 心瓣膜; 血管

說明事項:

- 依人體器官移植條例之規定，器官捐贈必須為無償之行為，且器官之摘取，應於病人之診治醫師判定死亡後為之(含腦死判定)。如病人為非病死或疑似為非病死者，必須於依法相驗完畢後，且經檢察官認無繼續勘驗之必要後，才能施行。
- 另依人體器官移植條例第六條之規定，醫師自往生者遺體摘取器官以供移植，須符合下列規定之一：
 - 往生者生前以書面(如本同意書)或遺囑同意。
 - 往生者最近親屬以書面同意。
- 您簽署的器官捐贈同意書，將依人體器官移植條例第六條規定，加註於健保卡並掃描存檔於「衛生福利部安寧療護及器官捐贈意願資訊系統」；如醫院、醫師遇有病人經診斷其病情於近期內進行至死亡已不可避免，且該病人無法清楚表達意識之情況下，將以此作為決定器官捐贈之依循，並可讓家屬充分瞭解病人生前之意願。醫院、醫師絕不會因知悉此捐贈意願而不施予必要治療。
- 捐贈者如患無法控制的感染性疾病，如後天免疫缺乏症候群(Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS; 俗名「愛滋病」)、庫賈氏病(Creutzfeldt-Jakob Disease, CJD)……等等，為避免因器官移植而傳染給受贈者，醫院、醫師得不接受病人之器官捐贈。
- 您所表達之器官捐贈意願，可隨時查詢或撤回。如欲查詢或撤回該意願，可聯絡「衛生福利部安寧療護及器官捐贈意願資料處理小組」協處理，電話: 02-23582186。
- 本資料僅供器官捐贈意願表達使用，將依個人資料保護法，善盡保密之責任。

希望您能提供下列訊息，做為本中心辦理器官捐贈宣導之參考:

教育程度: 國中及以下 高中/高職 大學/專科 研究所以上

職業: 軍 公 教 商 技術及事務工作人員 家管

自由業 學生 其他

宗教: 無 佛教 道教 基督教 天主教 其他

紅框內必填

本欄由登錄中心填寫

收件日期:

登錄日期:

器官捐贈訊息獲得之管道(可複選):

醫院宣導 衛生機關宣導 捐血活動 社團活動 報章雜誌 親朋好友 電視 網路 廣播 宣導單張 其他

如您日後願意收到器官捐贈相關電子刊物，惠請提供電子郵件信箱。

電子郵件信箱: _____

紅框內必填

★本文件填妥後請對摺郵寄至本中心辦理(以傳真或電子郵件寄送者均屬無效)謝謝您!