

健仁醫院 醫療委任代理人委任書

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』。

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

後補受任人（一）

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）

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

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必 填）

*表單來源：依行政院衛生福利部中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印

*本資料僅供醫療委任代理人意願表達使用，將依個人資料保護法，善盡保密之責任。