



SEE WHAT'S
POSSIBLE WHEN
HEALTH CARE
GETS PERSONAL.

가입자님, 안녕하십니까?

의료위임장 양식을 동봉해 드립니다. 처리 지연을 방지하기 위해 아래 지침을 따라주시기 바랍니다.

1. 1~6페이지를 읽습니다
2. 7~8페이지를 꼼꼼히 작성합니다
3. 중요 사항:
 - ✓ 섹션 1에는 가입자 이름, 의료 대리인 이름, 전화번호와 주소를 기재해야 합니다.
 - ✓ 의료 대리인(들)과 입회인은 동일인일 수 없습니다.
 - ✓ 의료 대리인의 전화번호도 기재해야 합니다
 - ✓ 가입자와 입회인의 서명일은 같은 날이어야 합니다.
 - ✓ 입회인은 2명이어야 합니다.
 - ✓ 가입자님이 섹션 5에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다
 - ✓ 가입자님이 1페이지와 2페이지를 작성해야 합니다
4. 작성을 완료한 양식을 우편, 팩스 또는 이메일로 발송합니다.

우편: VillageCareMAX 112 Charles Street New York, NY 10014

팩스: 212-337-5711

이메일: VCMAXmembers@villagecare.org

질문이 있거나 양식 작성과 관련해 도움이 필요하시면, 당사 가입자 서비스 부서에 1-855-296-8800(TTY 711) 번으로 주 7일 오전 8시에서 오후 8시 사이에 전화해 주십시오.

VillageCareMAX 팀 드림

건강 관리 위임장

뉴욕주 내 건강 관리 대리인 지정

New York Health Care Proxy Law(뉴욕 건강 관리 대리인법)에 따라 귀하는 스스로 의사 결정을 내릴 수 있는 능력을 상실할 경우 의료 관리 결정을 내려 줄 사람으로 귀하가 신뢰하는 사람(예를 들면 가족이나 지인)을 지정해야 합니다. 건강 관리 대리인을 지정하여 건강 관리 제공자가 귀하의 의사를 따르도록 할 수 있습니다. 귀하의 대리인은 귀하의 건강 상태 변화에 따라 귀하의 바람을 어떻게 적용할 것인지도 결정할 수 있습니다. 병원, 의사 및 그 외 건강 관리 제공자는 반드시 대리인의 결정을 귀하의 결정인 것처럼 따라야 합니다. 귀하는 건강 관리 대리인으로 선택한 해당인에게 원하는 수준으로 적거나 많은 권한을 대리인이 모든 건강 관리 결정을 하게 하거나 특정 결정만 하게 할 수도 있습니다. 또한 대리인에게 대리인이 따라야 할 지시 사항을 줄 수도 있습니다. 본 양식을 이용하여 장기 및 /또는 조직 기증에 관하여 귀하의 의사 또는 지시 사항을 문서화할 수도 있습니다.

건강 관리 위임장 양식 소개

본 안내서는 중요한 법적 문서입니다. 서명 전 귀하는 다음의 사실을 이해해야 합니다.

1. 본 양식은 귀하의 대리인으로 선정된 해당인에게 귀하가 본 양식에 다르게 명시하지 않는 한 연명 치료의 거부 또는 제공 결정을 포함하여 귀하를 위해 모든 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여합니다. "건강 관리"란 신체 또는 정신 상태를 진단하거나 치료하기 위한 모든 치료, 서비스 또는 절차를 의미합니다.
2. 대리인이 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대한 귀하의 의사를 정확하게 알고 있지 않는 한, 대리인은 귀하를 위한 그러한 조치에 대해 거부하거나 동의할 수 없습니다.
3. 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 없다고 담당 의사가 판단할 때 대리인이 귀하를 위해 결정을 내리기 시작합니다.
4. 본 양식에 원하지 않는 치료 유형 및/또는 반드시 받기를 원하는 치료 유형의 예를 기재할 수 있습니다. 지시 사항은 대리인의 결정 권한을 제한하는 데 이용될 수 있습니다. 대리인은 귀하를 위해 결정을 내릴 때 반드시 귀하의 지시 사항을 따라야 합니다.
5. 본 양식을 작성하는 데 변호사는 필요하지 않습니다.
6. 가족 구성원이나 가까운 친구 등 모든 성인(18세 이상)을 대리인으로 선택할 수 있습니다. 의사를 대리인으로 선택하는 경우, 의사가 동시에 두 역할을 수행할 수 없으므로 대리인이나 담당 의사의 역할 중 하나를 선택해야 합니다. 또한 귀하가 병원, 요양원 또는 정신 건강 시설의 환자 또는 거주자인 경우 해당 시설에서 근무하는 누군가를 대리인으로 지정하는 데 특별 제한이 있습니다. 그러한 제한에 대한 설명은 해당 시설의 직원에게 문의하십시오.
7. 누군가를 건강 관리 대리인으로 지정하기 전에 해당인이 대리인으로서 역할을 수행할 의향이 있는지 논의하십시오. 선택한 해당인에게 귀하의 건강 관리 대리인이 될 것이라고 말하십시오. 대리인과 귀하의 건강 관리 의사 및 본 양식에 대해 논의하십시오. 대리인에게 서명한 사본 한 부를 제공하십시오. 대리인이 선의로 내린 건강 관리 결정에 대해 고소할 수 없습니다.
8. 귀하가 다르게 명시하지 않는 한 배우자를 건강 관리 대리인으로 지정한 후 이혼하거나 법적으로 헤어진 경우에 이전 배우자는 법에 따라 더 이상 대리인이 될 수 없습니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.
9. 이 양식에 서명을 했더라도 귀하가 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 한 건강 관리 결정을 직접 내릴 권한이 있으며, 귀하가 반대하는 경우 귀하에게 치료를 제공할 수 없거나 중단할 수 없으며 대리인은 이에 반대할 권한이 없습니다.
10. 귀하는 구두 또는 서면으로 대리인 또는 건강 관리 제공자에게 의사를 전달하여 대리인에게 부여한 권한을 취소할 수 있습니다.
11. 건강 관리 대리인 지정은 자발적 의사에 따릅니다. 누구도 귀하에게 대리인을 지정하도록 요구할 수 없습니다.
12. 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 귀하의 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다.

자주 묻는 질문

건강 관리 대리인을 선택하는 이유는 무엇입니까?

임시로 귀하가 건강 관리 결정을 내릴 수 없는 상태가 되더라도 누군가 귀하를 위해 결정을 내려야만 합니다. 건강 관리 제공자는 종종 가족 구성원이 지침을 줄 것을 기대하기도 합니다. 가족 구성원이 특정 치료와 관련한 귀하의 의사에 대해 생각을 나타낼 수도 있습니다. 대리인을 지정해 두면 다음을 통해 귀하의 의학적 치료를 통제할 수 있습니다.

- 대리인에게 귀하가 결정되길 원하는 대로 대신 건강 관리 결정을 내리게 할 수 있습니다.
- 최선의 결정을 내려줄 것으로 생각되는 사람을 선택하여 건강 관리 결정을 내릴 수 있습니다.
- 대리인을 선택해 가족 구성원 및/또는 중요한 다른 사람 사이에 충돌이나 혼란이 생기지 않도록 할 수 있습니다.

첫 번째 대리인이 귀하를 위한 결정을 내릴 수 없는 경우, 이 임무를 수행할 대체 대리인을 지정할 수도 있습니다.

건강 관리 대리인은 누가 될 수 있습니까?

18세 이상의 성인이면 누구나 건강 관리 대리인이 될 수 있습니다. 귀하가 귀하의 대리인 또는 대체 대리인으로 지정한 사람은 건강 관리 위임장 양식에 증인으로 서명할 수 없습니다.

건강 관리 대리인은 어떻게 지정합니까?

18세 이상의 능력 있는 모든 성인은 건강 관리 위임장이라는 양식에 서명하여 의료 관리 대리인을 지정할 수 있습니다. 변호사나 공증인은 필요하지 않으며, 두 명의 성인 증인만 있으면 됩니다. 대리인은 증인으로 서명할 수 없습니다. 여기에 인쇄된 양식을 사용할 수 있으나 이 양식을 사용할 필요는 없습니다.

본인의 건강 관리 대리인이 본인을 위해 건강 관리 결정을 내리기 시작하는 때는 언제입니까?

건강 관리 대리인은 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 없다고 의사가 판단한 이후부터 건강 관리 결정을 내리기 시작합니다. 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 한 결정에 대한 권리는 귀하가 가지게 됩니다.

건강 관리 대리인이 내릴 수 있는 결정에는 무엇이 있습니까?

건강 관리 대리인의 권한을 제한하지 않는 한, 대리인은 귀하 스스로 결정할 수 있다면 내렸을 수 있는 모든 건강 관리 결정을 내릴 수 있습니다. 대리인은 귀하의 의사 및 관심에 준하여 귀하가 치료를 받아야 함에 동의하고, 여러 가지 치료 중에서 선택하며, 받지 않아야 할 치료를 결정할 수 있습니다. 그러나 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대해서 대리인은 귀하가 말한 내용이나 작성한 내용을 통해 귀하의 의사를 알고 있는 경우에만 결정을 내릴 수 있습니다. 건강 관리 위임장 양식이 대리인에게 재정적 결정 등 비의료적 관리 결정을 내릴 권한을 부여하는 것은 아닙니다.

저는 젊고 건강한데 왜 건강 관리 대리인을 지정할 필요가 있나요?

건강 관리 대리인을 지정하는 것은 귀하가 고령자가 아니거나 말기의 질병에 걸린 것이 아니라고 해도 바람직한 것입니다. 의료 관리 대리인은 귀하가 일시적으로 스스로 의료 관리 결정을 내릴 수 없는 경우(전신 마취 상태이거나 사고로 인해 혼수 상태인 경우)에도 건강 관리 대리인이 귀하를 대리할 수 있습니다. 귀하가 다시 스스로 건강 관리 결정을 할 수 있게 되면 귀하의 건강 관리 대리인은 더 이상 대리 권한이 없게 됩니다.

건강 관리 대리인은 어떻게 결정을 내립니까?

대리인은 귀하의 의사뿐만 아니라 도덕적/종교적 신념도 따라야 합니다. 귀하는 건강 관리 위임장 양식에 지지 사항을 기록하거나 대리인과 이에 대해 논의할 수 있습니다.

자주 묻는 질문, 계속

건강 관리 대리인이 본인의 의사를 어떻게 알 수 있습니까?

건강 관리 대리인과 숨김없이 솔직하게 귀하의 의사에 대해 이야기를 나누어 대리인이 귀하의 관심사를 보다 더 잘 이행할 수 있게 하십시오. 대리인이 귀하의 의사나 신념을 모른다면 대리인은 법적으로 귀하의 최선의 이익에 맞게 행동해야 합니다. 이는 귀하가 건강 관리 대리인으로 지정한 해당인에게는 가장 핵심적인 책임이므로 다음과 같은 다른 상황에 따라 귀하가 원하는 또는 원하지 않는 치료 유형에 대해 대리인과 논의해야 합니다.

- 귀하가 영구적인 코마 상태에 빠진 경우 연명 장치 시작/지속/중단 여부
- 귀하가 불치병에 걸린 경우 치료의 시작/지속/중단 여부
- 어떤 상황에서 인공 영양 및 수분 공급의 시작/보류 또는 지속 또는 철회 여부

건강 관리 대리인은 본인의 의사나 사전 치료 지시 사항을 무시할 수 있습니까?

그렇지 않습니다. 대리인은 귀하의 의사에 기반하여 결정을 내릴 의무가 있습니다. 특정 의사를 명확하게 표현하였거나 특정 치료에 대해 지시 사항을 제시한 경우, 대리인은 귀하의 의사가 바뀌었다거나 적용되지 않는 상황이라는 것에 대해 선의에 근거한 믿음을 가지고 있는 경우가 아니라면 귀하의 의사나 지시 사항을 따를 의무가 있습니다.

본인의 대리인에게 주의를 기울이는 주체는 누구입니까?

모든 병원, 요양원, 의사 및 기타 건강 관리 제공자는 법적으로 귀하에게 제공해야 하는 동일한 정보를 귀하의 건강 관리 대리인에게 제공해야 하고 대리인이 내린 결정을 귀하가 내린 결정과 같이 존중해야 합니다. 병원이나 요양원에서 일부 치료 옵션(특정 치료의 중단 등)에 반대하는 경우, 합리적으로 가능하다면 입원 전 또는 입원 시 귀하나 대리인에게 이를 알려야 합니다.

의사 결정을 내려야만 하는 시점에 본인의 건강 관리 대리인이 이를 할 수 없다면 어떻게 됩니까?

귀하의 건강 관리 대리인이 반드시 결정을 내려야 하는 시점에 함께 있지 않거나 이를 할 수 없거나 이를 할 의지가 없는 상황에는 결정을 내릴 대체 대리인을 지정할 수 있습니다. 그렇지 않은 경우, 귀하가 제공할 수 있을 때 해 둔 지시 사항에 따라 건강 관리 제공자가 귀하를 위해 건강 관리 결정을 내리게 됩니다. 귀하가 건강 관리 위임장 양식에 기록한 모든 지시 사항은 이러한 상황에서 건강 관리 제공자에게 안내 지침이 됩니다.

마음이 바뀌면 어떻게 해야 하나요?

건강 관리 대리인으로 선택한 사람을 바꾸거나 본 양식에 포함한 모든 지시 사항이나 제한 사항을 변경하려면 건강 관리 위임장을 취소하면 됩니다. 그리고 새로운 양식을 작성하십시오. 이에 더하여 건강 관리 위임장의 만료일을 특정 날짜 또는 특정 사건 발생 시로 지정할 수 있습니다. 그렇지 않으면 건강 관리 위임장은 무기한으로 유효합니다. 건강 관리 대리인 또는 대체 대리인으로 배우자를 선택한 경우, 이혼을 하거나 법적으로 헤어지면 이 지정은 자동으로 취소됩니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.

자주 묻는 질문, 계속

건강 관리 대리인이 본인을 대신하여 내린 결정에 대해 법적 책임을 지게 됩니까?

그렇지 않습니다. 건강 관리 대리인은 귀하를 대신해 선의로 내린 건강 관리 결정에 대해 책임을 지지 않습니다. 또한, 대리인은 귀하의 대리인일 뿐이므로 귀하의 치료 비용에 대해 책임을 질 수 없습니다.

건강 관리 위임장이 존엄사 유언장과 같은 것입니까?

아닙니다. 존엄사 유언장은 건강 관리 결정과 관련해 구체적인 지시 내용을 담고 있는 문서입니다. 이러한 지시 사항을 건강 관리 위임장에 넣을 수 있습니다. 건강 관리 위임장을 통해 귀하 대신 건강 관리 결정을 내려줄 귀하가 신뢰하는 사람을 선택할 수 있는 것입니다. 존엄사 유언장과는 다르게 건강 관리 위임장은 발생할지도 모르는 모든 결정에 대해 귀하가 사전에 알 필요가 없습니다. 그 대신 건강 관리 대리인은 의학적 상황의 변화에 따라 귀하의 의사를 해석할 수 있고 귀하가 모를 수 있는 사항에 대해서도 결정할 수 있습니다.

건강 관리 위임장 양식에 서명한 후 어디에 보관해야 할까요?

사본을 대리인, 담당의, 변호사 및 가족이나 귀하가 원하는 지인에게 주십시오. 지갑이나 가방 또는 다른 중요 서류가 보관되어 있는 곳에 사본을 두되 안전 금고 등 누구도 접근할 수 없는 장소에는 보관하지 마십시오. 경미한 수술이라도 병원에 입원하거나 외래 수술을 받는 경우 사본을 지참하십시오.

건강 관리 위임장을 이용하여 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 표현할 수 있습니까?

네. 건강 관리 위임장 양식의 장기 및 조직 기증 섹션을 이용하되 두 명의 증인이 있어야 함에 유의하십시오. 이때 귀하는 이식, 연구 또는 교육 등, 장기 및/또는 조직의 사용 목적을 지정할 수 있습니다. 귀하의 의사와 관련하여 제한 사항(들)이 있다면 위임장의 이 섹션에 기재해야 합니다. 건강 관리 위임장 양식에 귀하의 의사와 지시 사항을 포함하지 못한 경우라도 장기 및/또는 조직 기증을 원하지 않는다는 의미로 해석되지 않습니다.

건강 관리 대리인이 장기 및/또는 조직 기증에 관해 결정을 내릴 수 있습니까?

네. 2009년 8월 26일부로 건강 관리 대리인은 귀하의 사망 후 장기 및/또는 조직 기증에 한해서만 의사 결정을 할 수 있는 권한을 가지게 되었습니다. 건강 관리 대리인은 이 같은 결정을 귀하의 건강 관리 위임장 양식에 기록된 내용에 따라 내려야 합니다.

지금 본인의 의사를 명시하지 않기로 하면 누가 기증에 동의할 수 있습니까?

장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 건강 관리 대리인, 피상속인의 대리인으로 지정된 사람(지정되어 있는 경우) 및 가족에게 언급해 두는 것이 중요합니다. New York Law(뉴욕법)에서는 귀하를 대신하여 장기 및/또는 조직 기증에 동의할 권한을 가진 사람의 목록을 제공하고 있습니다. 우선 순위예 따라, 건강 관리 대리인, 피상속 인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 배우자 또는 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제 자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자, 혹은 그 밖의 시신을 처리하는 권한을 가진 사람 순입니다.

건강 관리 위임장 양식 지침

(1)

대리인으로 선정한 해당인의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

(2)

대체 대리인을 지정하고 싶은 경우, 대체 대리인으로 선정한 해당인의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

(3)

만료일 또는 만료 조건을 명시하지 않는 한 귀하의 건강 관리 위임장은 무기한 유효합니다. 선택 사항이며 귀하의 건강 관리 위임장을 만료하고 싶은 경우에만 기재합니다.

(4)

대리인에게 특별한 지시 사항이 있으면 여기에 기재합니다. 또한, 대리인의 권한을 어떤 방식으로든 제한하고 싶은 경우에도 여기에 기재하거나 건강 관리 대리인과 논의할 수 있습니다. 제한 사항을 명시하지 않은 경우, 대리인은 연명 치료의 동의 또는 거부 결정을 비롯하여 귀하가 내릴 수 있는 모든 건강 관리 결정을 내릴 수 있습니다.

대리인에게 전반적인 권한을 부여하고 싶은 경우 양식에 바로 기재할 수도 있습니다. 다음과 같이 기재하십시오. 본인은 건강 관리 대리인 및 대체 대리인과 본인의 의사에 대하여 논의하였으며, 대리인은 인공 영양 및 수분 공급을 비롯하여 본인의 의사를 알고 있습니다.

더욱 구체적인 지시 사항을 제공하고자 하는 경우, 다음과 같이 기재할 수 있습니다.

본인이 위독하게 될 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다....

본인이 혼수상태에 빠지거나 의식이 거의 없으며 회복 가망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다:....

본인이 뇌 손상이 있거나 사람을 알아볼 수 없거나 말을 할 수 없는 뇌 질환에 걸려 상태가 개선될 희망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다:....

본인은 의료 관리 대리인과 _____에 대한 본인의 의사를 논의하였으며, 이러한 조치에 대한 모든 결정을 대리인이 내리기를 원합니다.

대리인에게 특별한 지시 사항을 제공하기를 바랄 수 있는 의료 치료에 대한 예는 아래와 같습니다. 완전한 목록은 아닙니다.

- 인공호흡
- 인공 영양 및 수분 공급(주입관을 통한 영양분 및 물 공급)
- 심폐소생술 (CPR)
- 항정신성 약물 투여
- 전기 충격 요법
- 항생제
- 수술
- 투석
- 이식
- 수혈
- 낙태
- 불임 수술

(5)

본 건강 관리 위임장 양식에 날짜를 적고 서명해야 합니다. 스스로 서명할 수 없는 경우, 귀하 앞에서 다른 사람이 서명하도록 지시할 수 있습니다. 주소 기재도 잊지 마십시오.

(6)

본 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다. 뉴욕 법에 따라 귀하를 대신하여 장기 및/또는 조직 기증에 동의 할 사람의 우선 순위는 다음과 같습니다: 건강 관리 대리인, 피상속인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 배우자 또는 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제 자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자 순입니다.

(7)

18세 이상의 증인 2명이 본 건강 관리 위임장 양식에 서명해야 합니다. 대리인 또는 대체 대리인으로 지정된 해당인은 증인으로 서명할 수 없습니다.

건강 관리 위임장

(1) 나는 _____

이로써 _____

(이름, 집 주소 및 전화번호)

을(를) 달리 명시하지 않은 한, 본인을 대신하여 일체의 건강 관리 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다. 본 위임장은 본인이 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 없게 되는 경우에만 유효합니다.

(2) 선택 사항: 대체 대리인

본인이 지정한 해당인이 본인의 건강 관리 대리인으로서 역할을 수행할 수 없거나 그럴 의향이 없는 경우, 본인은 이로써 _____

(이름, 집 주소 및 전화번호)

을(를) 본인을 대신하여 일체의 건강 관리 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다.

(3) 본인이 본 위임장을 철회하거나 만료일 또는 만료될 상황을 명시하지 않는 한 본 위임장은 무기한 유효합니다. (선택 사항: 본 위임장을 만료시키고 싶은 경우 여기에 만료일 또는 조건을 명시하십시오.) 본 위임장은 다음의 경우 만료됩니다(날짜 또는 조건 명시):

(4) 선택 사항: 본인은 건강 관리 대리인이 아는 것처럼 또는 아래 명시된 것처럼 본인의 의사와 제한 사항에 따라 건강 관리 결정을 내리도록 지시합니다. (건강 관리 결정에 대해 대리인의 권한을 제한하거나 특정 지침을 제공하고 싶은 경우, 그 의사나 제한 사항을 여기에 명시할 수 있습니다.) 본인은 건강 관리 대리인이 다음 제한 사항 및/또는 지침에 따라 건강 관리 결정을 내리도록 지시합니다(필요한 경우 추가 페이지 첨부).

대리인에게 인공 영양 및 수분 공급(주입관 및 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대한 건강 관리 결정을 내리게 할 경우, 대리인이 귀하의 의사를 정확하게 알고 있어야 합니다. 귀하의 의사를 대리인에게 말하거나 이 섹션에 포함시킬 수 있습니다. 인공 영양 및 수분 공급에 대해 바라는 점을 비롯하여 본 양식에 귀하의 의사를 포함시키려는 경우, 사용할 수 있는 견본 문구에 대한 지침을 참조하십시오.

(5) 귀하의 신분 증명(정자체 기입)

이름 _____
서명 _____ 날짜 _____
주소 _____

(6) 선택 사항: 장기 및/또는 조직 기증

본인은 사망 시 다음과 같이 장기 및/또는 조직을 기증합니다:(해당하는 것 모두 체크)

☐ 필요한 모든 장기 및/또는 조직

☐ 다음 장기 및/또는 조직 _____

☐ 제한 사항 _____

본 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 귀하의 의사나 지시 사항을 명시하지 않는 경우, 귀하가 기증을 원하지 않거나 귀하를 대신하여 법적인 권한이 있는 다른 사람이 기증에 동의하는 것을 막는 것으로 해석되지 않습니다.

서명 _____ 날짜 _____

(7) 증인 진술 (증인은 18세 이상이어야 하며 건강 관리 대리인 또는 대체 대리인일 수 없습니다.)

본인은 이 문서에 서명한 사람이 개인적으로 본인을 알고 있으며 온전한 정신으로 자유 의지에 따라 행동하는 것으로 보인다고 선언합니다. 해당인은 본인의 입회 하에 이 문서에 서명했습니다 (또는 해당인을 위해 다른 사람에게 서명하도록 요청했습니다).

증인 1 _____

날짜 _____

이름(정자체) _____

서명 _____

주소 _____

증인 2 _____

날짜 _____

이름(정자체) _____

서명 _____

주소 _____



Department
of Health