



「預設醫療指示」參考表格

第一部：此預設醫療指示（下簡稱為「指示」）當事人的詳細個人資料

姓名： _____（請以正楷書寫）

身份證號碼： _____

性別： _____

出生日期： _____

住址： _____

聯絡電話號碼： _____（手提） _____（住宅）

緊急聯絡人姓名： _____（請以正楷書寫）

緊急聯絡人關係： _____

緊急聯絡人電話： _____（手提） _____（住宅）

下述人士將持有此預設醫療指示的副本

1. 姓名： _____ 聯絡電話： _____
2. 姓名： _____ 聯絡電話： _____

第二部：當事人對指示應有的理解

1. 本人 _____（請以正楷書寫姓名）自願作出下述指示，並撤銷本人以前曾作出的指示(如有)。本人希望本人的意願受到尊重及執行。
2. 本人明白此指示旨在讓本人預作抉擇，倘本人的生命去到盡頭*，令本人得以盡量減輕痛苦和維持尊嚴，同時，本人的醫療顧問或親屬也不必因難以代本人抉擇而備受困擾。

（*「生命去到盡頭」指患有嚴重及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日或數星期的生命，而施行維持生命療法（life-sustaining treatment），作用只在於延長死亡的過程。）
3. 本人明白無論如何，醫生／院方都不會執行安樂死，亦不會依循本人任何的非法指示，即使本人明文要求亦然。

第三部：指示內容

1. 如經本人的主診醫生及最少另一名醫生診斷，證實本人的生命去到盡頭，並失去自決能力，以致無法參與作出關於自己的醫療決定，本人對自己的醫療意願如下：(註：填寫以下部分時，請在適用的方格內加剔，在方格旁邊加簽，並刪去不適用的部分)

- 若主診醫生認為維持生命療法對本人的情況有幫助，本人同意 使用。但本人希望停用醫生認為無效用的維持生命療法*。(*「無效用的維持生命療法」指經醫生考慮後，認為如以病人最佳利益為大前提，該等醫療措施既無補於事，還會對病人身體構成不必要的負擔。)

本人不同意接受以下維持生命療法：

- 心肺復甦法
 人工輔助呼吸
 心臟起搏器
 血液製品
 為特定疾病而設的專門治療，例如洗腎等
 以導管餵食營養
 以人工方法提供水份
 其他 (請註明：_____)
 本人不希望接受維持生命療法，就算療法已開始，我亦希望停止使用，容許我自然死去。

雖然本人不同意接受以上維持生命療法，但本人明白本人仍會得到基本的護理及藥物及紓緩治療。

2. 本人是在此指示第四部所述的兩名見證人面前作此指示。

此預設醫療指示當事人的簽署
(身份證號碼： _____)

日期

第四部：見證人

見證人須知：

下述文書所載權益的受益人不得作為見證人：

- I. 此指示當事人的遺囑；或
- II. 此指示當事人所持有的任何保險單；或
- III. 此指示當事人所訂立或代表該當事人訂立的任何文書。

見證人的聲明：

第一見證人

(註：此見證人必須為註冊醫生，而此指示的當事人可選擇一名並非其主診醫生或並未診治過其病情的醫生，擔任第一見證人)

1. 本人 _____ (請以正楷書寫姓名) 以見證人身份在以下簽署。
 - I. 就本人所知，此指示的當事人_____ (請以正楷書寫姓名) 是自願作此指示的；及
 - II. 本人已向此指示的當事人解釋此指示的性質和作此指示的後果。
2. 本人聲明，此指示是在本人及下述第二見證人面前作出和簽署的。

第一見證人簽署

日期

第一見證人姓名：

身份證號碼／醫務委員會註冊號碼：

辦事處地址：

辦事處電話號碼：

第二見證人

(註：此見證人必須年滿 18 歲)

1. 本人 _____ (請以正楷書寫姓名) 以見證人身份在以下簽署。
2. 本人聲明，此指示是在本人及上述第一見證人面前作出和簽署的；第一見證人已在本人面前向此指示的當事人解釋此指示的性質和作此指示的後果。

第二見證人簽署

日期

第二見證人姓名：

身份證號碼：

通訊地址：

聯絡電話號碼：

此「預設醫療指示」當事人簽署

日期