

# 醫護事 宜預立 醫囑

## (Advance Health Care Directive) 加利福尼亞州

終身醫療護理規劃：理  
念、選擇、護理

[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)

請務必透過以下方式完成此文件：

1. 在需要的地方簽名並註明日期。
2. 對文件進行見證或公證。您的健康護理代理人（決策人）**無法**作為見證人進行簽名。
3. 請記得將一份**副本**交回給 Kaiser Permanente，同時給您的健康護理代理人一份**副本**。**正本**由您保留。

# 醫護事宜預立醫囑 (Advance Health Care Directive)

什麼是醫護事宜預立醫囑？

醫護事宜預立醫囑 (Advance Health Care Directive, AHCD) 是一份法律文件，它可以向您的保健團隊提供指示，說明在您無法自行作出健康護理決策時，他們該怎麼做。

AHCD可以讓您：

- 選擇一名健康護理代理人（決策人），以在您無法作出健康護理決策時，代表您作出決策，以及/或
- 表達您的理念、信仰和健康護理偏好

在您的健康護理代理人（決策人）及保健團隊為您制定治療計劃時，AHCD可以提供相關指引。它不會向緊急救援人員表明您在醫療緊急事故中想要接受何種治療。

您可以隨時填寫一份新的文件，以此在AHCD中更新您的任何偏好。該份新的AHCD將替代您之前完成的所有AHCD。

為何AHCD很重要？

**您有權表達自己的健康護理偏好。**此文件可以為您的健康護理代理人（決策人）和醫生提供指引，以此提供適合您的護理。

同時這也給了您機會來仔細思考生活品質對您的意義，以及您的偏好可能會對親朋好友造成怎樣的影響。**在您有行事能力時完成此文件並與您的親友討論該文件，這樣可能有助於減少有關您意願的困惑及分歧。**

誰應該填寫AHCD？

**心智健全的年滿18歲人士，無論其健康狀況如何，都應考慮完成醫護事宜預立醫囑。**

其他參考資料：

**終身醫療護理規劃：**  
理念、選擇、護理

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

此文件中包含哪些內容？

您可以根據自己的意願或多或少地填寫此文件。

如果您決定不填寫某一部份，請在該頁劃線並簽上姓名首字母。這樣我們便可知該部份是故意留白。

第5部份必填，這樣本文件才能在加州具有法律效力。

**Kaiser Permanente 醫護事宜預立醫囑 (AHCD) 包含五個部份，其中包括如何使其成為法律文件的內容：**

**第1部份：選擇我的健康護理代理人（決策人）**

您可以指定某人在您無法自行作出健康護理決策時，代您作出決策。

**第2部份：我的理念和信仰**

給您機會仔細思考生活品質和健康生活對您的意義。我們建議您完成此部份，因為其將幫助您仔細考慮怎樣填寫本文件餘下的內容。

**第3部份：選擇我的健康護理偏好**

您可以記錄您的健康護理偏好，以防您因受傷或生病而無法自行作出健康護理決策。

**第4部份：身故後偏好**

您可以表明任何身故後的遺願，包括器官捐贈、葬禮規劃等。

**第5部份：使文件具有法律效力**

填寫此部份，使此文件在加州具有法律效力。

此文件亦包含幫助您向Kaiser Permanente及其他人表達偏好的復核單。

本醫護事宜預立醫囑屬於：

全名

(Full name)

醫療記錄編號

(Medical Record number)

出生日期

(Date of birth)

郵寄地址

(Mailing address)

城市

州

郵遞區號

常用電話號碼

(Primary phone)

備用電話號碼

(Secondary phone)

電子郵箱

(Email)

## 選擇我的健康護理代理人 (決策人)

### (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

在此部份指定我信任的某人，以在我無法自行作出健康護理決策時，代我作出決策。

#### 第1部份

選擇您的健康護理代理人，也就意味著要與其分享您的理念和信仰，並向其告知您想要接受何種醫療護理，以防您無法自行作出決策。

**如果我的保健業者認定我無法為自己作出健康護理決定，則本醫囑會指定我選擇的人士來為我作出健康護理決策。**

我的健康護理代理人 (決策人) 將根據我向其表明的偏好，或考慮到對我個人理念和信仰的了解，以其認為最有利於我的方式，代我作出健康護理決策。

**注：**請告知您的代理人對您而言最重要的是什麼，並確保其認為可以執行這一任務。請務必告知親密之人您選擇了誰來當您的代理人。

我應該選擇誰來擔任我的健康護理代理人？

**在選擇您的健康護理代理人時，請考慮選擇對您而言很重要並有能力在陷入醫療決策困境時作出艱難抉擇的人士。**法律上來說，您的代理人不能是您的醫生，或是您的治療團隊中為您提供護理的其他保健專業人員。

您無法預見所有健康護理狀況；您的代理人必須根據醫療團隊分享的資訊實時作出決策。與您的代理人討論您希望或不願接受的護理類型，會使你們雙方達成共識並感到安心。

有時，配偶或家人可能是最好的選擇，而有時他們並非是最佳選擇。您心中最為清楚。

#### **一名合適的健康護理代理人具備以下特點：**

- 願意擔任您的健康護理代理人並能及時響應
- 充分了解您的理念和信仰
- 願意尊重並代表您的偏好，即使這些偏好與他們自己的不同
- 不會害怕提出問題並代表您發言，即使這違反慣例或親人的意願
- 能夠在壓力下作出決定
- 隨著時間的推移，將持續與您確認您的偏好

**注意：**您的健康護理代理人可能是，也有可能不是您選擇的緊急聯絡人。本授權書並未授權您的代理人為您做出財務或其他業務方面的決定。

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

請與您的**代理人**談論所有此身份可能需要承擔的各種責任。請使用**第2部分**的問題引導談話。

在我本人無法做出健康護理相關決定時，本人的健康護理代理人可以為我做出所有相關決定。**本人的代理人可以為我做出以下相關決定，除非我本人對其授權有所限制：**

- 對藥物、檢測和治療的決定權 (**同意/不同意**) 對保健業者的選擇或更換，以及決定接受護理的地點
- 是否**開始、不開始或停止**所有形式的生命維持介入措施以延續我的生命
- 安排和決定本人身故後的身體護理 (包括屍檢、器官捐贈以及本人遺體的處理方式)

選擇一名**基本健康護理代理人**。

本人選擇以下人士作為我的基本 (主要) 健康護理代理人，以在我本人無法作出健康護理相關決定時，其可以為我作出決定。

**我的基本 (主要) 健康護理代理人：**  
**(My Primary [main] health care agent):**

全名  
(Full name)

關係  
(Relationship)

郵寄地址  
(Mailing address)

城市

州

郵遞區號

主要電話  
(Primary phone)

備用電話  
(Secondary phone)

電子郵件  
(Email)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**注意：**當本人的醫生確定我無法作出自己的健康護理決定時，本人的代理人授權屆時就會生效。

**請在下列的一個選項中標記「X」：**

**(Please mark an “X” to select one of the following:)**

- 本人了解並接受，在我本人**無法**作出決定時，我的代理人才會開始生效，或  
(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)
- 本人傾向於我的代理人**即刻** 為我作決定，即使本人目前還可以為自己作決定  
(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

**附註:** 如果您的代理人是配偶或同居伴侶，則在婚姻或同居伴侶關係解除、廢止或終止的情況下，代理人指定將被撤銷。

**(Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership).

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**第一和第二順位健康護理代理人：**

如果我的基本（主要）健康護理代理人不願意、不能或無法合理為我作出健康護理決定，我選擇以下人士作為我的第一和第二順位健康護理代理人。

此章節為推薦章節且非必選。如果沒有合適候選人，請跳過繼續。

**第一順位健康護理代理人：**

**(First Alternate health care agent):**

全名  
(Full name)

關係  
(Relationship)

郵寄地址  
(Mailing address)

城市

州

郵遞區號

主要電話  
(Primary phone)

備用電話  
(Secondary phone)

電子郵件  
(Email)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**第二順位健康護理代理人：  
(Second Alternate health care agent)**

全名  
(Full name)

關係  
(Relationship)

郵寄地址  
(Mailing address)

城市

州

郵遞區號

主要電話  
(Primary phone)

備用電話  
(Secondary phone)

電子郵件  
(Email)



全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

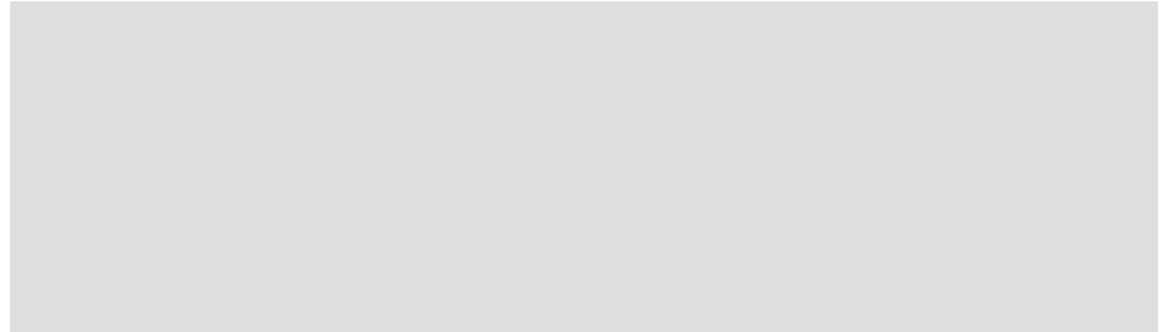
醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

健康護理代理人  
之限制。

如果我要對健康護理代理人授權有所限制，本人將會在下面寫出**我不**願意代理人為本人作的健康護理決定。

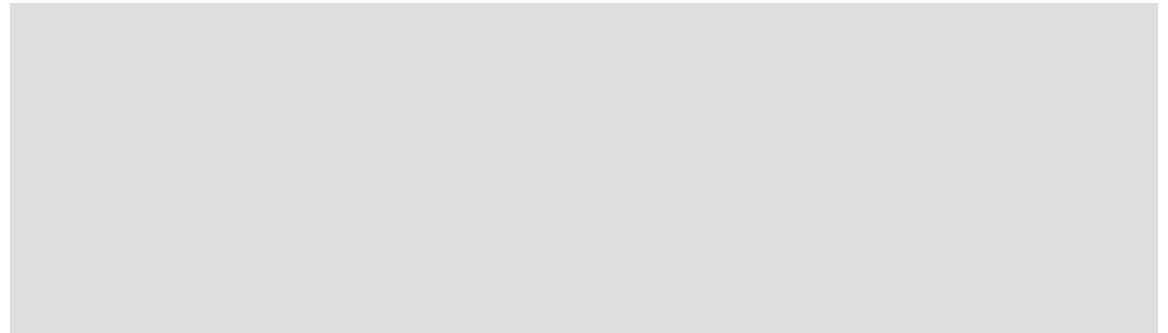
(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make)

如果對此相關聲明沒有任何異議，請跳過繼續。



本人同樣會下面寫出**我不**願意授權代理本人作出健康護理決定之任何人士的姓名（如有）。

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)



## 我的理念和信仰

### (My Values & Beliefs)

此章節有關本人心中的生活品質和美好生活對於自身的意義。這是本人對文檔其餘部分所做出答覆的基礎。

#### 第2部份

完成**我的理念和信仰**章節，也意味著您寫下了您生命中最重要的事情。慢慢思考這些問題，因為它們將幫助您徹底想清楚本文件的**第3部分**。

**了解和反思對於自己最重要的事情至關重要，這樣我才能預先對我的健康護理做出符合自己的決定。對於我的健康護理代理人（決策者）而言，了解我的理念以及對我而言最重要的事，同樣至關重要。**

我將分享一些關於我自身的事情，例如我生命中最重要的事情、美好的生活對我意味著什麼，以及我看重的能力。我還將分享我的信仰體系是如何影響我的健康護理的。

(I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care.)

選出所有適用項并在下方進行更多描述。

**1. 對我來講，下列事項對我的美好生活最重要：**

**(1. For me to live well, the following matter most to me:)**

- 與所愛之人共度時光、保持聯繫  
(Spending time and connecting with loved ones)
- 自己做決定  
(Making my own decisions)
- 進行有意義的溝通  
(Communicating meaningfully)
- 保持運動  
(Being physically active)
- 辨認出親友  
(Recognizing friends and family)
- 參與社交活動  
(Being socially active)
- 獨自生活  
(Living independently)
- 無需幫助自己進食  
(Feeding myself without assistance)
- 自己進行個人清潔（洗澡、穿衣）  
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- 在家居住  
(Living in my home)
- 參加工作和/或當志願者  
(Working and/or volunteering)
- 參與愛好活動或興趣活動  
(Participating in hobbies or interests)
- 尊重我的精神信仰和/或宗教  
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- 其他（在下方列舉更多項）  
(Other [say more below])

對於我來講，也很重要是...  
(It also matters to me that...)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**2. 這就是為什麼我在問題1中做出的選擇對我很重要。對於讓我的生活有意義的事情，我也將分享其他想法。**

**(2. This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life).**

想想什麼對您來講最有價值。對您來講，生活品質的意義是什麼？上述問題可能讓人感覺很嚴重，但您已經知道的比您認為的要多。

這些事情為什麼對您重要？  
(Why are these important to you?)

僅在該部分與您有關的情況下回答。

**3. 我的文化、精神支持、宗教和/或信仰體系將如何影響我的健康護理決定？這對我有多重要？**

**(3. How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)**

對我來講，重要的是...  
(It is important to me that...)

## 選擇我的健康護理偏好

### (Choosing My Health Care Preferences)

此部分和**第2部分：我的理念及信仰**共同描述了我的偏好，如果我自己無法作出健康護理決定**並且**需要採取生命維持介入措施來維繫我的生命，此類偏好將用於指引**我的醫生及健康護理代理人**為我作出醫療決定。

#### 第3部分

選擇您的**健康護理偏好**可能會令您不悅，但是如此能讓您在健康時作出聲明，以防您的健康狀況不允許您作出聲明。

本文件用於聲明我的健康護理偏好：

**如果我無法作出健康護理決定並且需要採取生命維持介入措施來維繫我的生命，我要求我的健康護理代理人按下方所述聲明表達我的健康護理偏好。**

**我知道將由我的醫生和醫護團隊共同決定，並且在需要做決定時，他們會將我的理念及信仰、健康護理偏好以及病情納入考量。**

**請注意：**透過在本指令中記錄您的健康護理偏好，您的健康護理代理人及醫生可以基於您所寫內容作出決定，而不是透過猜測、假設或回憶作出決定。請與您的代理人及醫生討論您的偏好和理念及信仰。

什麼是生命維持介入措施？

**生命維持介入措施包括所有可能用於維繫您生命的醫療診療、設備或藥物。**這些介入措施的效果無法確定，並且其無法治療潛在健康問題或解決發病原因。

生命維持介入措施包括以下各項：

- **心肺復甦 (Cardiopulmonary resuscitation, CPR)：**如果您的心跳或呼吸趨於停止，將透過胸外按壓恢復您的心跳。
- **使用呼吸機：**在您的肺部停止運作時，此機器能幫助您呼吸。透過口腔或頸部的切口插入一根導管至呼吸道。導管另一端連接著該機器。
- **管飼：**亦稱作人工補充營養，是用於為身體提供流體食物（營養）的醫學治療方法。在患者無法用嘴攝入足夠食物或有吞食障礙時採取此措施。
- **腎透析：**在您的腎部停止運作時，此機器可用於移除您血液中的廢物。
- **輸血或使用血液製品進行治療：**在此過程中，血液或血液製品會透過插入您手臂靜脈的狹窄導管被輸送至您的血液中。

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

將理念及健康護理偏好告知您的代理人。說明您的選擇為什麼對您重要。請確保他們將尊重您的意願，即使您的意願與他們的意願不同。

現在您已了解生命維持介入措施，請考慮以下事項（可以選擇下方任意數量的能力）。

**A. 我會拒絕或要求停止採取生命維持介入措施，前提是我不能：**

**(A. I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to):**

- 自己做決定  
(Make my own decisions)
- 進行有意義的溝通  
(Communicate meaningfully)
- 辨認出親友  
(Recognize friends and family)
- 沒有幫助或管餵下自己進食  
(Feed myself without assistance or tube feeding)
- 自己進行個人清潔（洗澡、穿衣）  
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- 參與社區活動  
(Engage with the community)

基於您在上方的回答，請在選擇健康護理偏好時考慮以下事項：

**我的健康護理代理人正在被要求為我做醫療決定，因為嚴重的醫療狀況、疾病或傷情導致我無法自己做決定，並且需要採取生命維持介入措施維繫我的生命。** 生命維持介入措施包括：CPR、使用呼吸機、管餵、腎透析、輸血或使用血液製品等。

**(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive.** Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.).

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

在所述情況中，您可能無法認出您自己或您所愛之人。醫生已經告知您的代理人和/或家人，預計您不會恢復這些能力。

**B. 我患有晚期癡呆或嚴重的腦損壞，並且預計不會好轉。** 我的身體機能無法以我能夠接受的方式運作。

**(B. I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better.** I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

基於**我的理念和信仰**：

(Based on **my values and beliefs**.)

**我不想要任何維持生命的介入措施。** 我會選擇停止或不開始維持生命的介入措施。

**(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

**只要醫療條件合適，我們希望開始** 或者繼續維持生命的介入措施。

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

**只要醫療條件合適，我們希望有限地**嘗試維持生命的介入措施。通常情況下，嘗試時間將小於兩週。

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

我對嘗試時間的偏好是...因為...

*(My preferences for a trial period are...because...)*

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

嚴重的持續性疾  
病示例可能包括  
心臟、腎臟和肺  
部疾病。

**C. 我患有嚴重的持續性疾病，並且該疾病也將進入晚期。**

我的身體機能無法以適合我的方式運作。

**(C. I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.**

I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

基於我的理念和信仰：

**我不想要任何維持生命的介入措施。** 我會選擇停止或不開始維持生命的介入措施。

**(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

**只要醫療條件合適，我們希望開始** 或者繼續維持生命的介入措施。

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

**只要醫療條件合適，我們希望有限地嘗試維持生命的介入措施。** 通常情況下，嘗試時間將小於兩週。

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.

我對嘗試時間的偏好是...因為...

*(My preferences for a trial period are...because...)*

僅在該部分與您  
有關的情況下回答。

**如果我想增加其他健康護理偏好，或者因我的文化、宗教或個人信仰我希望限制任何維持生命的介入措施，我將在下面寫明這些限制內容。**

**(If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below.)**

我想...因為...

*(I want...because...)*



全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

[可選] 拒絕特定醫學治療的決定。

**在下面填寫姓名的首字母** 如果您想要拒絕用於治療的輸血和血液製品  
(選擇適用於您的選項)。

..... 我拒絕使用輸血或血液製品並且我將填寫Kaiser Permanente血液聲明表。

**(I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)**

..... 我拒絕使用輸血或血液製品並且我已經填寫Kaiser Permanente血液聲明表。

**(I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)**

我是否需要填寫其他表格？

**如果您當前患有嚴重的持續性疾病，並且該疾病也將進入晚期，請與您的醫生或保健團隊討論填寫《生命維持治療的醫生指令》(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)。**

## 身故後偏好

該部分將允許您記錄您的以下偏好：身故後您希望處理您身體的方式，以及您希望的葬禮、紀念儀式或下葬方式。您也可以記錄您對器官捐贈的偏好。

### 第4部分

記錄您身故後事宜的偏好可能很困難，但這將幫助您所愛之人在情感艱難之時遵照您的意願。

**記錄您對身故及身故後事宜的偏好，將有助於您的親朋好友以最適合您的方式緬懷您。如果這些聲明對您有幫助，請花一點時間表達您的想法，您可以參考前面的第2部分：我的理念和信仰。**

**注意：**如果您回答這些問題有困難或者還沒有全部答案，請記錄您現在的想法然後繼續往下填寫。

**1. 如果我的生命即將結束，我希望我所愛之人知道我對以下事情的想法（例如，儀式、精神支持、人際關係、音樂、食物、寵物等）：**  
**(1. If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.])**

我的偏好是...  
(My preferences are...)

請包含您可能已經決定的事先安排（例如，太平間、墓地、向科學研究捐贈遺體）。

**2. 在我身故後，以下是我希望對待我身體方式（葬禮、紀念儀式、下葬，或其他宗教或精神傳統）的偏好：**  
**(2. After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)**

我的偏好是...  
(My preferences are...)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

對器官、組織和/或其他身體部位捐贈的偏好。

選擇一個器官捐贈選項。

**3. 在我身故後，我希望捐贈我的器官、組織和/或其他身體部位。**

**(3. Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)**

是

(Yes)

透過勾選上述方框，無論我在**第3部分：選擇我在生命結束時的健康護理偏好**怎樣選擇，我都授權我的健康護理代理人同意對僅評估和/或維持我作為捐贈目的的器官、組織和/或其他身體部位採取臨時醫療診療。

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

選擇**盡可能**適用的選項：

(Choose as many options as applies:)

我希望捐贈我的器官、組織和/或其他身體部位用作以下目的：

I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes:

- 移植  
(Transplant)
- 治療  
(Therapy)
- 研究  
(Research)
- 教育  
(Education)

我希望將我捐贈的器官、組織和/或其他身體部位限制於以下方面：

I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:

我希望限制...  
(I would like to restrict...)

否

(No)

不確定

(I'm not sure)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

**如果我在這部分留白，即表明我不拒絕捐贈我的器官。**

**(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs.)**

應該遵照我在州授權的捐贈者登記，或者，如果沒有，在第1部分中我的法定認可的決策者可以在我身故後決定捐贈。如果未指明健康護理代理人，我認可加州法律允許授權的個人代表我作出此類決定。

(My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

## 讓這份文件具有法律效力

### (Making This Document Legally Valid)

這部份讓您的醫護事宜預立醫囑在加州具有法律效力。如果您想要該醫囑具有法律效力，**(1) 您必須簽名並且 (2) 必須由兩位見證人在公證人面前簽名或承認。**

#### 第5部分

遵循法律要求可以確保您在這個AHCD上進行的所有工作和思考都是有效的。請記住，如果您以後希望作出變動，您只需填寫另一份AHCD。

請在本頁底部簽名，並選擇以下其中一項，使得本文件在加利福尼亞州具有法律效力。

#### 兩名見證人

- 其中一名見證人**不能與您有親屬關係（血親、姻親或收養）**，也不能有權獲得您任何一部分遺產。
- 您的**主要健康護理代理人以及後補健康護理代理人不得以見證人的身分簽名。**
- 您的**保健業者或其的雇員不得以見證人的身分簽名。**
- 您在見證人面前簽名或確認您的簽名。
- 見證人將在第21頁簽名。

或

#### NOTARY PUBLIC

- 您**必須**在NOTARY PUBLIC面前簽署本文件。
- NOTARY PUBLIC將在第24頁上簽名。

您的簽名。

請繼續！為了使得本文件在加利福尼亞州具有法律效力，您還必須讓本文件得到見證或公證。

#### 我的簽名 (My Signature)

本人正楷姓名：  
(My name printed)

\_\_\_\_\_

我的簽名  
(My Signature)

\_\_\_\_\_

日期  
(Date)

\_\_\_\_\_

如果您因身體障礙無法簽名，任何意圖代表簽名的符號均可接受。  
(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

選擇兩名見證人

**我選擇兩名見證人**，以使本文件在加州具有法律效力。

**見證人聲明：本人茲聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪接受處罰：**

(1) 本人認識簽署或承認此份醫護事宜預立醫囑的人士，或者此人已通過可信證據向本人證明了身分；(2) 此人是在本人在場的情況下簽署或承認此份醫護事宜預立醫囑的；(3) 此人心智健全，沒有受到脅迫、欺詐或不當的影響；(4) 本人不是此份醫護事宜預立醫囑指定的代理人，以及 (5) 本人不是此人的保健業者、此人保健業者的雇員、社區護理設施的經營者、社區護理設施經營者的雇員、老年人住宅護理設施的經營者，或老年人住宅保健設施經營者的雇員。

見證人1簽名。

**見證人1：**  
**(Witness number one:)**

請記住，您的健康護理代理人不得成為見證人。

姓名  
(Name)

地址  
(Address)

簽名  
(Signature)

日期  
(Date)

見證人2簽名。

**見證人2：**  
**(Witness number two:)**

姓名  
(Name)

地址  
(Address)

簽名  
(Signature)

日期  
(Date)

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

按照法律規定，  
您的見證人均之  
一不得與您有親  
屬關係。

**見證人補充聲明：**上述見證人中至少有一人還須簽署以下聲明：**本人補充聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪接受處罰：**本人與簽署本醫護事宜預先授權書的人士並無血親、姻親或收養關係，而且就本人所知，根據現有遺囑或法律推定，本人無權獲得此人身故後的任何分遺產。

**Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

簽名  
(Signature)

\_\_\_\_\_

日期  
(Date)

\_\_\_\_\_

全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

僅在該部分與您  
有關的情況下簽名。

### 關於見證人的特殊要求

如果您是住在專業護理設施的病人，病人代表或投訴事務專員必須簽署以下聲明。

#### **(Special Witness Requirement)**

(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

**病人代表或投訴事務專員聲明：**本人茲聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪接受處罰：本人是加州老年事務部指定的病人代表或投訴處理專員，現根據《加州遺囑認證法》第4675條規定擔任見證人。

**(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:** I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

簽名  
(Signature)

日期  
(Date)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



全名 (Full Name): \_\_\_\_\_

醫療記錄編號 (Medical Record #): \_\_\_\_\_

選擇一名  
NOTARY  
PUBLIC。

我選擇一名NOTARY PUBLIC，不選擇兩名見證人。

## ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_

before me, \_\_\_\_\_

(insert name and title of the officer)

personally appeared \_\_\_\_\_

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_

(Seal)

恭喜您！您就快完成所有步驟了。為完成整個流程，此處還有一些事項需要注意。

## 後續步驟 (Next Steps)

您的醫護事宜預立醫囑 (AHCD)已經填寫完畢，請使用此複核單以確保您遵循了最後的幾個步驟。

### □ 提供您的AHCD副本

- 將副本提供給您的**健康護理代理人**（決策人）以及後補代理人（們）
- **攜帶副本至您的下一次約診，或**

**將副本郵寄至：**Kaiser Permanente Central Scanning,  
1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805，**或**

發送電子郵件至：[SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org](mailto:SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org)

- 正本**由您保留**

### □ 討論您的AHCD

- **與你的健康護理代理人（決策人）**討論您的理念、信仰和您的健康護理偏好。透過您的AHCD來引導談話，並讓他們感覺能夠勝任這一角色。
- **務必讓您的愛人、家人和/或密友**了解您選擇了誰作為您的健康護理代理人，以及您具體的健康護理偏好和理由。

### □ 帶上您的AHCD

- 當您去醫院或護理院時，請帶上一份AHCD副本，並要求放進您的醫療紀錄中。

### □ 定期審閱您的AHCD：

每當發生以下情況時，請審閱您的AHCD：

**十年** — 當您開始人生中又一個新的十年時

**死亡** — 當您經歷親人亡故時

**離婚/結婚** — 當您離婚、結婚或是發生其他重大家庭變故時

**診斷** — 當您被診斷出罹患重症時

**衰退** — 當您既有的健康狀況嚴重惡化，尤其是生活無法自理時

**請記住：您可以在任何時候取消或更改您在AHCD中的任何偏好。**隨著您的生活或健康狀況發生變化，您可以更換您的健康護理代理人（決策人）是誰，以及您的具體醫療偏好。您必須以書面方式作出此類更改、並且在新文件上簽名，或者親自告知您的保健業者。



本資訊無意診斷健康問題，也無法取代您從醫生或其他保健專業人員處取得的醫療諮詢或醫療護理。如果您有持續的健康問題或有其他疑問，請諮詢您的醫生。

由KPIT創新團隊Spark與終身醫療護理規劃地區團隊共同制定。特別感謝Bioethics、SCPMG Legal及其他主要貢獻者給出指導意見。”

© Southern California Permanente Medical Group.

All rights reserved.

保留一切權利。

SCAL-LCP 032C (07/21)

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)