

# 美國俄亥俄州預前指示：

## 健康護理授權書

## 在生遺囑聲明

### (State of Ohio Advance Directives: Health Care Power of Attorney Living Will Declaration)

我已填寫一份**健康護理授權書**： 有  沒有

我已在我的健康護理授權書加上特別備註： 有  沒有

我已將**監護人提名**包括在我的健康護理授權書中： 有  沒有

我已填寫一份**在生遺囑聲明**： 有  沒有

我已在我的**在生遺囑聲明**加上特別指示： 有  沒有

*[備註：每當閣下簽署新的預前指示文件時，除非另有規定，否則先前的類似文件將自動撤銷。[R.C. §1337.14 和 R.C. §2133.04 (C)]*

*[備註：如果閣下更改預前指示，請緊記為其他預前指示作出類似的更改。]*



OHIO STATE BAR  
ASSOCIATION  
Connect. Advance. Succeed.

© 2016 年 8 月俄亥俄州律師協會

# 俄亥俄州 健康護理授權書

## (State of Ohio Health Care Power of Attorney)

[R.C. §1337]

---

(全名)

---

(出生日期)

這是我的健康護理授權書。我撤銷我所有以前簽署的健康護理授權書。我明白本文件的性質和目的。即使發現任何條款無效或不可執行，本文件的其餘部分仍不會受影響。

我明白，我的代理人只有在我的主診醫生確定我已失去作出知情健康護理決定的能力時，才能為我作出健康護理決定。然而，這並不要求或暗示法院必須聲明我無能。

### 定義

成人是指 18 歲或以上的人。

代理人或事實代理人是指一個有能力的成年人（「委託人」）可以在健康護理授權書中指派為委託人，作出健康護理決定。

人工或技術提供的營養或水份是指通過靜脈內或餵飼管提供的食物和流質。[閣下可以拒絕或終止餵飼管或授權閣下的健康護理授權書代理人拒絕或終止人工營養或水份。]

契約是為保護被監護人的資產免受被監護人未能適當履行其職責而導致盜竊或損失而簽發的保單。

舒適護理是指用於減少患者的疼痛或不適，但不延遲死亡的任何措施、醫學或護理程序、治療或介入，包括營養和/或水份。

CPR 指 cardiopulmonary resuscitation，即心肺復蘇，是使已經停止呼吸或心跳的人重新呼吸或心跳的幾種方式之一。它不包括因復蘇之外的原因清理一個人的氣道。

不復蘇或簡稱 DNR (Do Not Resuscitate) 指令 是指向醫生寫入患者記錄中的醫療指令，以指示患者不應接受心肺復蘇。



**監護人**是指由法院通過法律程序指派，以為受監護者作出決定的人。**監護權**由該等法院的任命確定。

**健康護理**是指維持、診斷或治療個人身體或精神健康的任何護理、治療、服務或程序。

**健康護理決定**是指給予知情同意、拒絕給予知情同意，或撤銷對健康護理的知情同意。

**健康護理授權書**是指一種法律文件，當委託人不能再作出健康護理決定時，允許委託人授權代理人在大多數健康護理情況下為委託人作出此類決定。此外，委託人可以授權代理人立即或在任何其他時間為委託人代表委託人收集受保護的健康資訊。健康護理授權書不是財務授權書。

健康護理授權書文件還可指派個別人士擔任委託人的個人或產業監護人。即使法院已為委託人任命監護人，但除非法院另有規定，否則健康護理授權書仍然生效。

**維持生命治療**是指當給予患者時，會基本上延長死亡過程的任何醫療程序、治療、介入或其他措施。

**在生遺囑聲明**是指一份法律文件，允許一個有能力的成年人（「聲明人」）指派當該聲明人成為末期患者或永久失去知覺，且不再能夠表達其意願時想要或不想要的意願。它不是遺囑，亦不取代遺囑，而是用來指派一位執行者管理一個人死後的財產。

**永久性無意識狀態**是指患者永遠不知道自己狀況和周圍環境的一種不可逆轉的狀態。至少兩名醫生必須檢查患者並同意患者完全失去較高的腦功能，並且不能忍受或感到疼痛。

**當事人**是指簽署健康護理授權書的有能力成年人。

**末期病症**是指由疾病、病患或損傷所引起不可逆轉、不可治療和不可治癒的病症，由當事人的主診醫生和另一名已檢查當事人的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性，而以下兩項均適用：**(1)** 閣下不會康復，和 **(2)** 如果不進行維持生命治療，閣下很可能在相對較短的時間內死亡。

**受監護者**是指法院已確定無能力的人。受監護者的個人產業、財務產業或兩類產業都受到法院指派和監督的監護人保護。

**指派我的代理人**。下文列出的人是我的代理人，將按本文件授權為我作出醫療護理決定。

代理人姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_



通過在此方框中填上我的姓名、簽署、剔選或其他標記，我特此授權我的代理人立即及隨時取得我受保護的健康護理資訊。

**給代理人的指示。**我的代理人將根據我在本文件的指示和我的代理人所知我的意願，為我作出健康護理決定。如果我的代理人認為我的意願與本文件的內容有衝突，則本文件將有優先權。如果沒有指示，如果我的意願在任何特定情況下不明或不清楚，我的代理人將在考慮作出決定可能帶來的益處、負擔和風險之後確定我的最佳利益。如果沒有代理人可用，本文件將指示我的健康護理決定。

**指派替代代理人。**如果上文所提及我的代理人不是即時可用，或不願意或不能為我作出決定，則我按照以下優先次序列出下列人士作為我的替代代理人 *[刪除任何不使用的行數]*：

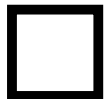
在不使用的區域加上 X	第一替代代理人的姓名和關係： _____
	地址： _____
	電話號碼： _____
	第二替代代理人的姓名和關係： _____
	地址： _____
	電話號碼： _____

任何人都可以依賴上述任何代理人的陳述，他或她根據本文件妥善採取行動，而此人不必作出任何進一步的調查或查詢。

**代理人權限。**除了我已經刪除的項目之外，及受限於我在這份健康護理授權書中作出的任何選擇，我的代理人有完全和完整的權力，為我作出所有健康護理決定。此權限包括但不限於以下內容：

1. 同意給予止痛藥物、治療或程序（包括手術），即使這些藥物、治療或程序可能加速我的死亡，我的代理人根據醫療建議相信可為我提供舒適。
2. 如果我處於臨終狀態，而且我沒有為解決這種疾病治療的在生遺囑聲明作出維持生命治療的決定，包括人工或技術提供的營養或水份。
3. 對任何健康護理程序、治療、介入或其他措施給予、撤銷或拒絕給予知情同意。
4. 要求、審查和接收任何有關我的身體或精神狀況的資訊，包括但不限於我的所有醫療和護理記錄。
5. 同意進一步披露資訊並向其他人透露有關我的狀況和治療的醫療和相關資訊。
6. 為我執行為取得醫療和相關資訊可能需要的任何版本或其他文件。
7. 為我和我的遺產向所有遵守我代理人的指示和決定的人執行同意、放棄和釋放責任。賠償並保護任何依賴本健康護理授權書行事的人免受損害，而費用由我承擔。我將受到我的代理人所作的這種賠償約束。
8. 選擇、僱用和解僱護理人員和提供家庭護理等服務。
9. 選擇任何醫療或護理設施、簽署入住合約、轉院或授權離開，包括但不限於醫院、療養院、輔助生活設施、臨終護理、養老院等。
10. 如果我身處不強制執行本文件條款的地方，則將我運送或安排交通工具到達本健康護理授權授權書生效的地方。
11. 填寫並為我簽署如下：
  - 同意健康護理，或發出不復蘇（DNR）指令或其他類似指令；和
  - 要求轉移到另一個設施、不根據健康護理建議或其他類似要求離開設施；和
  - 執行我的代理人根據本文件授權作出健康護理決定的任何其他文件。

**特別指示。***[這些指示僅適用於我沒有生效的在生遺囑聲明的情況。]*



通過在此方框中填上我的姓名、簽署、剔選或其他標記，我特此授權我的代理人，如果我永久性無意識狀態，而當事人的主診醫生和另一名已檢查當事人的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性認為人工或技術提供的營養和水份不會為我提供舒適或緩解我的疼痛，可拒絕由人工或技術提供營養或水份，或如果治療已經開始，則撤銷同意。[R.C. §1337.13(E)(2)(a) 和 (b)]

**代理人權限的限制。**我明白我的代理人在俄亥俄州法律的權限有限制：

1. 我的代理人沒有權力拒絕或撤銷為提供舒適護理所需的健康護理知情同意。
2. 如果我懷孕，若健康護理的拒絕或撤銷會終止懷孕，我的代理人沒有權拒絕或撤銷健康護理的知情同意，除非懷孕或健康護理會對我的生命構成重大風險，或除非我的主診醫生和至少另一名檢查過閣下的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性來確定胎兒不會活著出生。
3. 我的代理人不能命令撤銷維持生命的治療，包括人工或技術提供的營養或水份，除非我在臨終狀態或永久性無意識狀態，而且兩名醫生已經維持生命的治療不會或不可再為我提供舒適或減輕我的疼痛。
4. 如果我以前同意任何健康護理，我的代理人不能撤銷該治療，除非我的病況發生了重大變化，使健康護理對我的得益明顯較少，或除非健康護理未能達到我選擇健康護理的目的。

**額外指示或限制。**我可以發出額外的指示，或對我代理人的權限施加額外的限制。以下是我的具體指示或限制：

*[如果下方的空間不足，閣下可以附上額外紙頁。如果閣下沒有任何其他指示或限制，請在下方寫下「無」。]*

## 指派監護人

[R.C. §1337.28 (A) 和 R.C. §2111.121]

[閣下可以使用（但不是必須使用）本文件在一旦開始監護程序時為閣下的個人產業或遺產指派一名監護人。]

我明白，我提名的任何人士均無必要接受監護的職責，而遺囑認證法院對任何監護權擁有管轄權。[R.C. §2111.121(C)]

我明白，除非出現正當理由或取消資格，法院將會依從我的提名。[R.C. §2111.121(B)]

我明白，如果我的個人監護人由另一人為我任命，則監護人的此等職責將包括為我在個人生活方面作出決定，如食物、衣服和生活安排，但這份或任何後來的健康護理授權書將繼續有效並控制我的健康護理決定，除非法院另有決定。如果法院發現這份或任何後來的健康護理授權書的限制、暫停或終止符合我的最佳利益，法院將確定該限制、暫停或終止。  
[R.C. §1337.28 (C)]

我有意在我的健康護理授權書向我的代理人授予的權力將清除任何法院任命我的個人監護人的需要。但是，如果開始這個程序，我將按照下列作為我的個人監護人的人士順序提名。



通過在此方框中填寫我的姓名縮寫、簽署、剔選、標記或作出其他標示，我按照上述次序提名我的代理人和替代代理人（如有）作為我的個人監護人。

如果我不選擇將我的代理人或替代代理人作為我的個人監護人，我將按照下列人士作出選擇 [刪除任何不使用的行數]：

在不使用的區域加上 X

我的個人監護人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

我的個人替代監護人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

遺產監護人是指由法院指派代表監護人作出財務決定的人，而法院參與其中過程。除非契約以書面形式放棄，或法院認為沒有需要，否則遺產的監護人必須有契約。



通過在此方框中填上我的姓名、簽署、剔選或其他標記，我按照上述命令提名我的代理人或替代代理人（如有）作為**我的遺產監護人**。

如果我不選擇將我的代理人或替代代理人作為**我的遺產監護人**，我將按照下列人士作出選擇 *[刪除任何不使用的行數]*：

在不使用的區域加上 X

我的遺產監護人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

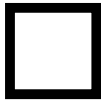
地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

我的替代遺產監護人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_



通過在此方框中填寫我的姓名縮寫、簽署、剔選或其他標記，我指示免除**我的遺產監護人或繼承監護人的契約**。 [R.C. §1337.28 (B)]

如果我**沒有**在此方框中作出任何標記，這表示我期望我的遺產監護人或繼承監護人有契約。 [R.C. §1337.28 (B)]

**沒有到期日**。這份健康護理授權書沒有到期日，不會受到我的殘疾或時間的影響。

**由代理人執行**。我的代理人可能會為我採取我的代理人認為可行的任何行動，以執行我在本文件中的意願。

**釋放代理人的個人責任**。我的代理人不會對我或任何其他人因為任何違反義務而負責，除非這種違反義務是不誠實、有不當動機，或魯莽無視本文件的目的或我的最佳利益。 [R.C. §1337.35]

**副本與原稿相同**。任何人均可依賴本文件的副本。 [R.C. §1337.26(D)]

**境外應用**。我有意在法律允許的範圍內，在任何司法管轄區履行本文件。 [R.C. §1337.26(C)]

我已經填寫一份**在生遺囑聲明**： 有  沒有



## 當事人簽署

我明白我有責任告訴我的家人、我的醫生、我的律師、我的宗教顧問和其他人關於此健康護理授權書。我明白我可以向任何人提供此健康護理授權書的副本。

我明白我可以向遺囑法院提交此健康護理授權書的副本，以供保管。 [R.C. §1337.12(E)(3)]

我明白，我必須簽署此健康護理授權書，並在此註明我簽署的日期，而我的簽署必須由有資格見證我簽署的兩名成年人見證，或簽署必須在公證人前確認。 [R.C. §1337.12]

我將我的名字在此健康護理授權書上

日期為：\_\_\_\_\_，於：\_\_\_\_\_，俄亥俄州。

---

當事人

[選擇見證人或公證人。]

見證人 [R.C. §1337.12(B)]

[以下人員不能作為此健康護理授權書的見證人：

- 閣下的代理人（如有）；
- 閣下的個人或遺產監護人（如有）；
- 任何替代或繼承代理人或監護人（如有）；
- 因血緣、婚姻或收養而與閣下有關係的任何人（例如閣下的配偶和孩子）；
- 閣下的主診醫生；和
- 閣下正在接受護理的任何養老院的管理員。]

我證明當事人在我面前簽署或承認此健康護理授權書，而當事人似乎是頭腦清晰、不受脅迫、欺詐或不當影響。

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
見證人一 的簽署                      見證人一 的正楷姓名                      日期

\_\_\_\_\_  
見證人一 的地址

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
見證人二 的簽署                      見證人二 的正楷姓名                      日期

\_\_\_\_\_  
見證人二 的地址

或者，如果沒有證人：

公證確認書 [R.C. §1337.12]

俄亥俄州  
縣：\_\_\_\_\_ ss.

在\_\_\_\_\_，在我，即下方簽署的公證人面前親身出現  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_，是上述健康護理授權書的當事人，確認其為本文  
所載的目的而執行所列項目。我證明當事人似乎頭腦清晰、不受脅迫、欺詐或不當影響。

\_\_\_\_\_  
公證人

我的委托的到期日：\_\_\_\_\_

我的委托是永久的

© 2016 年 8 月。可以重印並複印，以供公眾、律師、醫療和骨質疏鬆醫生、醫院、律師協會、醫療協會和非牟利協會和組織使用。文件不得為了出售賺取利潤而商業複製。

## 執行本文件的成人須知

這是一份重要的法律文件。在執行本文件之前，閣下應該了解以下事實：

本文件為閣下指派的人（事實代理人）有能力在閣下一旦失去為自己作出明智的健康護理決定時，有權為閣下作出最符合健康護理的決定。此權力僅在閣下的主診醫生確定閣下已失去為自己作出明智健康護理決定的能力時有效，並且儘管使用本文件，但只要閣下有能力的為自己作出明智的健康護理決定，閣下仍保留權利為自己作出所有醫療和其他健康護理決定。

閣下可以在本文件中包括為閣下作出健康護理決定的事實代理人權限的具體限制。

根據閣下在本文件中包括的任何具體限制，如果閣下的主診醫生確定閣下已失去了對健康護理事宜作出知情決定的能力，一般該律師事實上將通過本文件授權，在閣下假如可以自己作出這些決定的相同程度上作出健康護理決定。事實代理人為閣下作出健康護理決定的權力一般包括給予知情同意、拒絕給予知情同意或撤銷對任何護理、治療、服務或程序的知情同意，以維持、診斷或治療身體或精神狀況。

然而，即使事實代理人具有一般權力根據本文件為閣下作出健康護理決定，事實代理人絕對不會獲授權作出以下任何一項：

(1) 拒絕或撤銷對維持生命治療的知情同意，除非閣下的主診醫生和另一名檢查閣下的醫生在根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性來確定以下任何一項適用：

- (a) 閣下患有由疾病、病患或損傷導致的不可逆轉、不可治療和不可治癒的病症，
  - (i) 閣下不會康復，
  - (ii) 如果不進行維持生命治療，閣下的死亡很可能在相對較短的時間內發生。此外，閣下的主診醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性認為閣下將沒有合理的可能性重新獲得自己作出知情健康護理決定的能力。

(b) 閣下處於永久性無意識狀態，其特徵是閣下不可逆轉地永遠不知道自己的狀況和周圍環境，以及大腦皮層的功能完全喪失，導致閣下沒有能力感受疼痛或疼痛。此外，閣下的主診醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性認為閣下將沒有合理的可能性重新獲得自己作出知情健康護理決定的能力；

(2) 拒絕或撤銷給閣下提供安慰護理所需健康護理的知情同意（但如果事實代理人根據第 (4) 項沒有被禁止這樣做，則事實代理人可以拒絕或撤銷按下文第 (4) 項所述為閣下提供營養或水份的知情同意）。（閣下應該明白，舒適護理在俄亥俄州法律的定義是指人工或技術施用的養份（營養）或液體（水份），以減少閣下的疼痛或不適，而不是推遲閣下的死亡，以及俄亥俄州修訂法 §1337.17 要求的任何其他通知、醫療或護理程序、治療、介入或其他措施，以減少閣下的疼痛或不適，而不是推遲閣下的死亡。因此，如果閣下的主診醫生確定以前描述的醫療或護理程序、治療、介入或其他措施不會或不可再為閣下提供舒適護理或減輕閣下的疼痛，則根據下文第 (4) 項，閣下的事實代理人將獲授權拒絕或撤銷對程序、治療、介入或其他措施的知情同意）；

(3) 如果閣下懷孕，若健康護理的拒絕或撤銷會終止懷孕，事實代理人沒有權拒絕或撤銷健康護理的知情同意（除非懷孕或健康護理會對閣下的生命構成重大風險，或除非閣下的主診醫生和至少另一名檢查過閣下的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性來確定胎兒不會活著出生）；

(4) 拒絕或撤銷向閣下提供人工或技術施用的養份（營養）或液體（水份）的知情同意，除非：

- (a) 閣下處於臨終狀態或永久性無意識狀態。

**(b)** 閣下的主診醫生和至少另一名檢查過閣下的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性來確定營養或水份不會或不可再為閣下提供舒適，或減輕閣下的疼痛。

**(c)** 如果，且只有當閣下處於永久性無意識狀態時，閣下授權事實代理人通過執行本文件中的以下兩項來拒絕或撤銷向閣下提供營養或水份的知情同意：

**(i)** 包括正楷字母或其他顯眼字型的聲明，包括但不限於不同的字體、更大的字型或粗體字型，事實代理人可以在閣下一旦處於永久性無意識狀態，並確定營養或水份不會或不可再為閣下提供舒適或減輕閣下的疼痛時拒絕或撤銷提供營養或水份的知情同意，或剔選或以其他方式標記此方框或在本文件上類似聲明旁邊的橫線（如有）；

**(ii)** 將閣下的姓名縮寫或簽署填寫在陳述句下方或附近、剔選或作出其他標記。

**(d)** 如果閣下處於永久性無意識狀態，閣下的主診醫生真誠地決定閣下授權事實代理人拒絕或撤銷向閣下提供營養或水份的知情同意，以符合上述第**(4)(c)(i)**和**(ii)**項的要求。

**(5)** 撤銷閣下以前表示同意的任何健康護理知情同意，除非閣下身體狀況的變化使健康護理對閣下的得益明顯較少，或除非健康護理沒有或未能達到閣下同意使用健康護理的目的。

此外，在行使權力為閣下作出健康護理決定時，事實代理人必須採取與閣下的意願一致的行動，或者如果閣下的意願未知，則根據閣下的最佳利益行事。閣下可以通過將事實代理人包括在本文件中，或者以另一種方式通知事實代理人，以表達閣下的意願。

根據本文件行事時，事實代理人一般將享有與閣下相同的權利，以接受建議健康護理、審查健康護理記錄及同意披露健康護理記錄的資訊。如果閣下選擇，閣下可以限制本文件中的權利。

#### **俄亥俄州修訂法 §1337.17 要求的通知**

一般來說，閣下可以指派任何有能力的成年人作為本文件的事實代理人。但是，閣下不能指派閣下的主診醫生或閣下正在接受護理的任何養老院中的管理員，以作為本文件的事實代理人。此外，閣下不能指派閣下的主診醫生的僱員或代理人，或閣下正在接受治療之健康護理機構的僱員或代理人，以作為本文件的事實代理人，除非任何類型的僱員或代理人是有能力的成人，並因血緣、婚姻或收養而與閣下有關係，或者除非任何類型的僱員或代理人是有能力的成年人，而且閣下和僱員或代理人同屬一個宗教教派的成員。

本文件在俄亥俄州法律沒有到期日，但閣下可以選擇指定一個日期，讓閣下生效的健康護理授權書在該日期屆滿。但是，如果閣下指定到期日，但後來在該日期沒有能力為閣下自己作出明智的健康護理決定，則本文件及向閣下的受權人所授予的權力將繼續有效，直到閣下恢復能力作出知情的健康護理決定。

閣下有權撤銷指派事實代理人，及隨時以任何方式撤銷整份文件的權利。任何此類撤銷通常在閣下表示閣下有意撤銷時有效。但是，如果閣下讓閣下的主診醫生知道本文件，任何此類撤銷將僅在閣下與閣下的主診醫生溝通時有效，或者當撤銷見證人或獲得見證人通知撤銷的其他健康護理人員傳達給閣下的主診醫生時有效。

如果閣下執行本文件並為其建立有效的持久授權書，任何先前所建立有效的持久授權書將會撤銷，除非閣下在本文件中另有指示。

除非本文件作為健康護理的持久授權書在公證人面前確認，或在閣下簽署或閣下確認自己的簽署時有至少兩名成年見證人親身簽署，否則無效。任何因血緣、婚姻或收養而與閣下有關係的人都不得成為見證人。事實代理人、閣下的主診醫生及閣下正在接受護理的任何養老院中的管理員，

也不符合資格成為證證人。如果本文件中有閣下不明白的任何內容，閣下應該請閣下的律師向閣下解釋。

### **俄亥俄州修訂法 §1337.17 要求的通知**

#### 附錄

2014 年 3 月更改有關健康護理授權書的某些法律條款時，此通知沒有更新。請注意以下變化：

閣下可以（但不是必須）授權閣下的代理人獲取閣下的健康資訊，包括受法律保護的資訊及閣下的代理人無法以其他方式獲得的資訊。閣下可以授權閣下的代理人在簽署本文件時或在後來任何時間立即取得閣下的健康資訊，即使閣下當時仍然能夠為閣下自己作出健康護理決定。

此外，閣下可以（但不是必須）使用本文件在一旦開始監護程序時為閣下的個人或遺產指派一名監護人。

*© 2016 年 8 月。可以重印並複印，以供公眾、律師、醫療和骨質疏鬆醫生、醫院、律師協會、醫療協會和非牟利協會和組織使用。文件不得為了出售賺取利潤而商業複製。*

# 俄亥俄州 在生遺囑聲明 聲明人通知

## (State of Ohio Living Will Declaration Notice to Declarant)

本「在生遺囑聲明」的目的是在閣下一旦無法作出明智的醫療決定，並處於臨終狀態或永久性無意識狀態時記錄閣下的意願，包括不使用或撤銷由人工或技術提供的營養或水份。本「在生遺囑聲明」不影響健康護理人員為閣下提供舒適護理的責任。舒適護理是指為減少疼痛或不適而採取的任何措施，並不會推遲死亡。

如果閣下不選擇限制任何或所有形式的維持生命治療，包括心肺復蘇，閣下有法律權利如此選擇，並希望在不同的文件中書面陳述閣下的醫療治療偏好。

根據俄亥俄州法律，在生遺囑聲明僅適用於處於臨終狀態或永久性無意識狀態的個人。如果閣下希望在其他情況下指導醫療方法，閣下應準備一份健康護理授權書。如果閣下處於臨終狀態或永久性無意識狀態，則該在生遺囑聲明將比健康護理授權書優先。

[如果閣下的醫療狀況改變或閣下以後決定填寫健康護理授權書，閣下應考慮填寫新的在生遺產聲明。如果閣下同時擁有在生遺囑聲明和健康護理授權書，閣下應該將這些文件的副本一起保存。當閣下是健康護理機構的患者時，或在閣下的醫生更新閣下的醫療記錄時，請隨身攜帶文件。]



# 俄亥俄州 在生遺囑聲明

## (Ohio Living Will Declaration)

[R.C. §2133]

---

(全名)

---

(出生日期)

這是我的在生遺囑聲明。我撤銷我所有以前簽署的在生遺囑聲明。我明白本文件的性質和目的。即使發現任何條款無效或不可執行，本文件的其餘部分仍不會受影響。

我頭腦清晰、不受脅迫、欺詐或不當影響。我是一個有能力的成年人，理解並接受這個行動的後果。我自願宣告我的指示，我的瀕死不應被人為延長。[R.C. §2133.02 (A)(1)]

我有意這份「在生遺囑聲明」將受我的家人和醫生尊重，作為我最終表示我拒絕某些健康護理的法律權利。[R.C. §2133.03(B)(2)]

### 定義

**成人**是指 18 歲或以上的人。

**代理人或事實代理人**是指一個有能力的成年人（「委託人」）可以在健康護理授權書中指派為委託人，作出健康護理決定。

**解剖學禮物**是指捐贈者為了移植、治療、研究或教育的目的，讓捐贈者在死後捐贈部分或整個人體。

**人工或技術提供的營養或水份**是指通過靜脈內或餵飼管提供的食物和流質。[閣下可以拒絕或終止餵飼管或授權閣下的健康護理授權書代理人拒絕或終止人工營養或水份。]

**舒適護理**是指用於減少患者的疼痛或不適，但不延遲死亡的任何措施、醫學或護理程序、治療或介入，包括營養和/或水份。

**CPR** 指 cardiopulmonary resuscitation，即心肺復蘇，是使已經停止呼吸或心跳的人重新呼吸或心跳的幾種方式之一。它不包括因復蘇之外的原因清理一個人的氣道。

**聲明人**是指簽署在生遺囑聲明的人。

**不復蘇或 DNR (Do Not Resuscitate) 指令**是指向醫生寫入患者記錄中的醫療指令，以指示患者不應接受心肺復蘇。

**健康護理**是指維持、診斷或治療個人身體或精神健康的任何護理、治療、服務或程序。

**健康護理決定**是指給予知情同意、拒絕給予知情同意，或撤銷回對健康護理的知情同意。

**健康護理授權書**是指一種法律文件，當委託人不能再作出健康護理決定時，允許委託人授權代理人在大多數健康護理情況下為委託人作出此類決定。此外，委託人可以授權代理人立即或在任何其他時間為委託人代表委託人收集受保護的健康資訊。健康護理授權書不是財務授權書。

健康護理授權書文件還可指派個別人士擔任委託人的個人或產業監護人。即使法院已為委託人任命監護人，但除非法院另有規定，否則健康護理授權書仍然有效。

**維持生命治療**是指當給予患者時，會基本上延長死亡過程的任何醫療程序、治療、介入或其他措施。

**在生遺囑聲明**是指一份法律文件，允許一個有能力的成年人（「聲明人」）指派當該聲明人成為末期患者或永久失去知覺，且不再能夠表達其意願時想要或不想要的意願。它不是遺囑，亦不取代遺囑，而是用來指派一位執行者管理一個人死後的財產。

**永久性無意識狀態**是指患者永遠不知道自己狀況和周圍環境的一種不可逆轉的狀態。至少兩名醫生必須檢查患者並同意患者完全失去較高的腦功能，並且不能忍受或感到疼痛。

**當事人**是指簽署健康護理授權書的有能力成年人。

**末期病症**是指由疾病、病患或損傷所引起不可逆轉、不可治療和不可治癒的病症，由當事人的主診醫生和另一名已檢查當事人的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性，而以下兩項均適用：**(1)** 閣下不會康復，和 **(2)** 如果不進行維持生命治療，閣下的死亡很可能在相對較短的時間內發生。

**沒有到期日。**這份生遺囑聲明將沒有到期日。然而，我可以隨時撤銷聲明。[R.C. §2133.04(A)]

**副本與原稿相同。**任何人均可依賴本文件的副本。[R.C. §2133.02(C)]

**境外應用。**我有意在法律允許的範圍內，在任何司法管轄區履行本文件。[R.C. §2133.14]

我已經填寫一份**健康護理授權書**： 有  沒有

**通知。***[備註：閣下不需要指定任何人。如果沒有指定任何人，法律要求閣下的主診醫生作出合理努力按照以下優先次序通知以下人士之一：閣下的監護人、閣下的配偶、閣下的成年子女、閣下的父母或閣下可用的大多數成人兄弟姊妹。]*



如果我的主診醫生確定維持生命的治療應被停止或撤銷回，我的醫生應作出合理努力，按照以下優先通次序知以下人士之一 [刪除任何不使用的行數]：[R.C. §2133.05(2)(a)]

在不使用的區域加上 X

第一聯絡人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

第二聯絡人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

第三聯絡人的姓名和關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

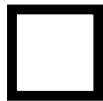
電話號碼： \_\_\_\_\_

如果我處於臨終狀態，並且無法為自己作出健康護理決定，或者如果我處於永久性無意識狀態，且將沒有合理的可能性重新獲得自己作出知情決定的能力，則我指示我的醫生讓我自然死去，只向我提供舒適護理。

為了提供舒適護理，我授權我的醫生：

1. 不進行維持生命的治療，包括心肺復蘇；
2. 停止或撤銷由人工或技術提供的營養或水份，前提是如果我處於永久性無意識狀態，我已在下面的特別指示中授權這樣停止或撤銷，並滿足其他條件；
3. 發出 DNR (Do Not Resuscitate) 指令；和
4. 不採取行動推遲我的死亡，只為我提供使我舒服和減輕疼痛所需的護理。

特別指示。



通過在此方框中填寫我的姓名縮寫、簽署、剔選或其他標記，我特此授權我的醫生，如果我永久性無意識狀態，而我的主診醫生和另一名已檢查我的醫生根據合理醫學標準達到合理程度的醫療確定性認為人工或技術提供的營養和水份不會為我提供舒適或緩解我的疼痛，可拒絕由人工或技術提供營養或水份，或如果治療已經開始，則撤銷回同意。[R.C. §2133.02(A)(3) 和 R.C. §2133.08]

額外指示或限制。

[如果下方的空間不足，閣下可以附上額外紙頁。]

如果閣下沒有任何其他指示或限制，請在下方寫下「無」。

[以下列出的「解剖學禮物」用詞是 ORC §2133.07(C) 要求的。俄亥俄州捐助生命組織建議閣下在俄亥俄州機動車輛管理局收到駕駛執照時表明閣下授權捐贈器官、組織或眼角膜，或者如果閣下希望對捐贈提出限制，請填寫「捐贈者名冊登記表」（隨附）並送往俄亥俄州機動車輛管理局。]

[如果閣下使用此在生遺囑來宣告閣下的授權，請指明閣下希望捐贈的器官和/或組織，並刪除閣下不授权使用捐贈的任何目的。請參閱隨附的捐贈者名冊登記表，以取得說明。在所有情況下，請讓閣下的家人知道閣下宣告的捐贈意願。]

## 解剖學禮物（可選）

我希望我在死後能幫助別人，我特此贈予以下身體部位，以達致下列目的：[兩個部分都必須填寫。]

第1部分。身體部位。 別選「所有器官、組織和眼睛」或方框下的所有適用項目。

所有器官、組織和眼睛。如果別選此方框，請不要別選第 1 部分中的任何其他方框，然後繼續第 2 部分。

- |                             |                             |                                    |                                  |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臟 | <input type="checkbox"/> 肺臟 | <input type="checkbox"/> 肝部（和相關血管） | <input type="checkbox"/> 胰臟/胰島細胞 |
| <input type="checkbox"/> 小腸 | <input type="checkbox"/> 腸道 | <input type="checkbox"/> 腎臟（和相關血管） | <input type="checkbox"/> 眼睛/眼角膜  |
| <input type="checkbox"/> 心瓣 | <input type="checkbox"/> 骨骼 | <input type="checkbox"/> 肌腱        | <input type="checkbox"/> 韌帶      |
| <input type="checkbox"/> 靜脈 | <input type="checkbox"/> 筋膜 | <input type="checkbox"/> 皮膚        | <input type="checkbox"/> 神經      |

第 2 部分。目的。 別選「所有目的」或方框下的所有適用項目。

所有目的。如果別選此方框，請不要別選以下任何方框。

- 移植       治療       研究       教育

如果我沒有表示願意通過填寫以上橫線來捐贈我的全部或部分身體部位，則不會產生關於我想作出或拒絕作出解剖學禮物的假設。

## 聲明人簽署

我明白我有責任告訴我的家人、我的健康護理授權書（如有）、我的醫生、我的律師、我的宗教顧問和其他人關於此在生遺囑聲明。我明白我可以向任何人提供此在生遺囑聲明的副本。

我明白我必須簽署（或指示一名個人代我簽署）此在生遺囑聲明並註明簽署日期，而簽署必須由兩名合資格見證簽署的成人見證，或簽署必須在公證人面前確認。[R.C. §2133.02]

我將我的名字在此生遺囑聲明上簽署

日期為：\_\_\_\_\_，於：\_\_\_\_\_，俄亥俄州。

\_\_\_\_\_  
聲明人

**[選擇見證人或公證人。]**

**見證人 [R.C. §2133.02(B)(1)]**

[以下人員不能作為此在生遺囑聲明的見證人：

- 閣下的健康護理授權書理人（如有）；
- 閣下的個人或遺產監護人（如有）；
- 任何替代或繼承代理人或監護人（如有）； 因血緣、婚姻或收養而與閣下有關係的任何人（例如閣下的配偶和孩子）；



# 俄亥俄州 捐贈者名冊登記表聲明人須知

## (State of Ohio Donor Registry Enrollment Form Notice to Declarant)

捐贈者名冊登記表的目的是記錄閣下在死亡時捐贈器官、組織和/或眼角膜的意願。

只有當閣下更新駕駛執照或身份證、經俄亥俄州機動車輛管理局（BMV）網站在網上登記，或者之前使用紙本表格時尚未向 BMV 註冊成為捐贈者，閣下才應填寫這份登記表。如果閣下想作出解剖學禮物或修改目前登記，則必須將此表格發送給BMV，以確保閣下對器官、組織和/或眼角膜捐贈的意願得以遵從。本文件將成為閣下的授權，如果醫學上可行，將在閣下死亡時回收所指示的器官、組織和/或眼角膜。

提交此表格時，閣下的意願將記錄在由BMV維護的俄亥俄捐贈者名冊登記表，並且只在死亡時由適當的器官、組織和眼角膜回收機構取得。謹此鼓勵閣下與閣下的近親分享閣下的意願，以便他們知道閣下成為捐贈者的意圖。

此表格還可用於修訂或撤銷閣下的捐贈意願。填妥的表格應郵寄至：

Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P. O. Box 16583  
Columbus, OH 43216--6583

有關器官、組織和眼角膜捐贈的常見問題，請參閱本節第 3 頁。如果閣下有更具體的問題，也會列出該州的器官和組織康復機構的聯絡資料，並鼓勵閣下與他們聯繫或訪問他們的網站。

## 俄亥俄州捐贈者名冊登記表

如果閣下在更新駕駛執照或身份證號碼時尚未註冊為俄亥俄州機動車輛管理局（BMV）的捐贈者，則必須向 BMV 提交俄亥俄捐贈者名冊登記表，以確保閣下對器官和組織捐贈的意願得以遵從。本文件將成為閣下的授權，如果醫學上可行，將在閣下死亡時回收所指示的器官和/或組織。提交此表格時，閣下的意願將記錄在由 BMV 維護的俄亥俄捐贈者名冊登記表，並且只在死亡時由適當的器官和組織回收機構取得。請確保閣下與摯愛分享閣下的意願，以便他們知道閣下的意圖。此表格還可用於修訂或撤銷閣下的捐贈意願。

填妥的表格應郵寄至：  
Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P.O. Box 16583  
Columbus, OH 43216--6583

請以正楷填寫

姓氏	名字	中間名字
郵寄地址		
城市	州	郵政編碼
電話	出生日期	俄亥俄州駕駛執照/身份證 # 或社會保障 #

### 捐贈名冊登記選擇

#### 選擇 1

在我死後，我為法律授權的任何目的將我的器官、組織和眼睛捐出作為解剖學禮物。

#### 選擇 2

在我死後，我將以下選擇的器官、組織和/或眼睛捐出作為解剖學禮物：

所有器官、組織和眼睛

##### 器官

- 心臟  
 肺部  
 肝臟（及相關血管）  
 腎臟（及相關血管）  
 胰臟/胰島細胞

##### 組織

- 腸道  
 小腸  
 眼睛/眼角膜  
 心瓣  
 骨骼  
 肌腱  
 韌帶  
 靜脈  
 筋膜  
 皮膚  
 神經

供法律授權的以下目的：

所有目的     移植     治療     研究     教育

#### 選擇 3

請將我從俄亥俄捐助者名冊中移除。

捐贈登記者簽署  X	日期
------------------	----

## 在俄亥俄州的器官和組織捐贈

一名個人可以為患有器官衰竭、先天缺陷、骨癌、骨骼損傷、燒傷、失明等不同的人挽救生命或改善生活質素。一名器官捐贈者可以透過捐贈心臟、肺、腎臟、胰臟、小腸和肝臟來挽救多達8條生命。超過 123,000 名美國人在國家挽救生命的器官移植等候名單上，其中有 3,400 人在俄亥俄州。按統計，美國每天有 18 個人死於等候器官移植。如果閣下登記成為捐贈者，請務必與閣下的家人分享決定。

**誰能成為捐贈者？** 所有 15½ 歲以上的人都可以登記並預先授權捐贈。捐贈的醫療適用性會在死亡時確定。如果未滿18歲的未成年人死亡，父母可以修訂或撤銷捐贈決定。

**捐贈者是否有年齡限制？** 所有年齡和病史的人都應該考慮自己可以成為潛在的捐贈者。新生兒和長者都曾是器官捐贈者。死亡時的醫療狀況將會決定捐贈什麼器官和組織。

**如果我加入捐贈者名冊，我在醫院接受的醫療質素會受到影響嗎？** 不會，醫院的醫生會照顧在他們面前的病人，而不涉及捐贈和移植。在考慮捐贈之前，一切努力都旨在拯救閣下的生命。

**捐贈會破壞我的身體嗎？葬禮可以安排開放式棺木嗎？** 捐贈不會破壞身體，不會干擾或延遲葬禮，包括開放式棺木服務。

**我的家人是否需要為捐贈繳費嗎？** 捐贈者的家庭無須支付捐贈費用。與捐贈器官、眼睛和組織有關的所有費用將由指定的救助機構支付。

**我的宗教贊成捐贈嗎？** 所有主要宗教都支持器官、眼睛和組織捐贈，以作為無私的慈善行為。

**我可以售賣我的器官嗎？** 國家器官移植法規定，出售人體器官和組織是非法的。違法者將被罰款和監禁。這個規則的原因之一是國會關注器官買賣可能導致不平等取得捐贈器官，使富人有不公平的優勢。

**器官如何分配？** 捐贈器官會透過聯邦調節系統按許多因素與接受者匹配，包括血型、體型、醫療緊急性、候診時間和地理位置。

**我可以同時捐贈器官和組織捐贈，亦捐贈我的身體用於科學用途？** 全身捐贈比器官和組織捐贈有優先權。如果閣下想捐贈閣下的整個身體，閣下必須在閣下死前與一所醫學院校或研究設施作出安排。醫學院校、研究機構和其他機構會研究遺體，以加深對人體解剖學和疾病機制的了解。這項研究對於挽救生命和改善生活質素也至關重要。

**名冊會授權在生捐贈嗎？** 不會，名冊不授權進行在生捐贈。在活著時有可能捐贈一個腎臟，或肝臟或肺部的其中一部分，但這必須是透過特定的移植中心個別安排。

**如需更多有關捐贈的資訊，請聯絡本州四個聯邦指定器官回收組織之一：**

Northeastern Ohio  
LifeBanc  
[www.lifebanc.org](http://www.lifebanc.org)  
216.752.5433

Western Ohio  
Life Connection of Ohio  
[www.lifeconnectionofohio.org](http://www.lifeconnectionofohio.org)  
937.223.8223

Central and Southeastern Ohio  
Lifeline of Ohio  
[www.lifelineofohio.org](http://www.lifelineofohio.org)  
877.223.6667

Southwestern Ohio  
LifeCenter  
[www.lifepassiton.org](http://www.lifepassiton.org)  
513.558.5555