

# 羅東聖母醫院

## 撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書

病人姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男女 年齡：\_\_\_\_\_ 床號：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

本人\_\_\_\_\_（或由醫療委任代理人\_\_\_\_\_）已簽署「預立選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

### \* 意願人

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

地址：

聯絡電話：

### \* 醫療委任代理人(若無委任代理人，由意願人本人簽署則免填)

簽 名：

國民身分證統一編號：

出生年月日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

地址：

聯絡電話：

填寫日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必填)

### 附註：

- 1.安寧緩和醫療條例第六條規定：  
意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。
- 2.意願人如前於醫療單位存留意願書，除意願人自行簽署保存本聲明書正本乙份外，並應再行簽署本聲請書乙份，送交該醫療單位存留辦理。如於多家醫療單位存留意願書者，應比照上開方式，填寫多份，分別送交各該醫療單位存留辦理。
- 3.如果有疑問請與執行單位:安寧病房聯絡----電話：03-9544106 轉 7123 傳真：03-9575653