

意願人：

## 預立醫療決定書

本人\_\_\_\_\_ (正楷簽名)經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

### 意願人

姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

### 見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序 (請擇一進行)：

1、二名見證人在場見證：

見證人 1 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_

見證人 2 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：\_\_\_\_\_

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

2、公證：

公證人認證欄位：

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 說明：

- 一、 見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願、並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定 (病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、 見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人之外的受遺贈人、遺體或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人 (病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、 根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。

意願人：

第一部分 醫療照護選項

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
一、末期病人	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
二、不可逆轉之昏迷	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
三、永久植物人狀態	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

根據病人自主權利法，意願人\_\_\_\_\_於中華  
民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日完成預立醫療照護諮商，特此核章  
以茲證明。

醫療機構核章欄位：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

意願人：

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

本人（正楷簽名）\_\_\_\_\_茲委任\_\_\_\_\_（擔任我的第\_\_\_\_\_順位醫療委任代理人），執行病人自主權利法第十條第三項相關權限。

【受委任之人】正楷簽名：\_\_\_\_\_

簽署日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：

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

電話號碼：

住（居）所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

壹、第十條（醫療委任代理人之要件與權限）

意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

- 一、意願人之受遺贈人。
- 二、意願人遺體或器官指定之受贈人。
- 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

貳、第十一條（醫療委任代理人之終止委任及解任）

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人 \_\_\_\_\_ (簽名) 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選  )。

- 接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)  
 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)  
 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)  
 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

是  否 年滿二十歲(簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

◎在場見證人(二)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

簽署日期：中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列打勾(無勾選者視同無須回復通知)：

註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人

2 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：衛生福利部(115 台北市南港區

忠孝東路六段 488 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收,副本請自行保管

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」健保 IC 卡註記申辦注意事項

### ◎簡易問答：

#### 一、問：為什麼要將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」加註在健保 IC 卡？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：

1. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。
2. 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。

但對於已經簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」之民眾，所簽立之「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術或之意願，確實有其重要性。

#### 二、問：民眾該如何將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願」加註於健保 IC 卡？

答：將已填妥之『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』正本寄至『衛生福利部』（地址：115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號，電話：02-85906666，網址：www.mohw.gov.tw）或『台灣安寧照顧協會』（地址：25160 新北市淡水區民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw）即可申請辦理健保 IC 卡加註事宜。

#### 三、問：當「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」簽署並已加註於健保 IC 卡，是否無法撤除及取消註記？

答：當簽署人意願改變欲撤除時，可填妥「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」，經簽署人親筆簽名，將該書面資料寄回衛生福利部或受理委託執行之『台灣安寧照顧協會』，承辦單位會依程序協助辦理簽署人健保 IC 卡撤除註記手續。

#### 四、問：如何查詢「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」在健保 IC 卡已完成註記手續？

答：一、網路查詢：

進入【民眾意願查詢】可透過「使用健保卡查詢」或「帳號登入查詢」來進行查詢動作。

◎以健保 IC 卡查詢。

進入衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統

<https://hpcod.mohw.gov.tw> > 民眾意願查詢 > 使用健保卡查詢 > 將健保 IC 卡卡片插入讀卡機中 > 確認。

二、電話查詢：請撥免付費 0800-220-927 洽台灣安寧照顧協會查詢。

三、可自健保局各分局、聯絡辦公室、附設門診中心之公共服務站或與健保局有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

### ◎解釋名詞：

- 1、**安寧緩和醫療**一指：為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 2、**不施行心肺復甦術**一指：「對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為」。
- 3、**不施行維生醫療**一指：末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。

### ◎補充說明：

- 1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。
- 2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。
- 3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人 \_\_\_\_\_ (簽名) 若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選  )。

- 接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)  
 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)  
 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)  
 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

是  否 年滿二十歲(簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

◎在場見證人(二)：(簽名) \_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

簽署日期：中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住(居)所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

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

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列打勾(無勾選者視同無須回復通知)：

註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人

2 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：衛生福利部(115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收,副本請自行保管

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」健保 IC 卡註記申辦注意事項

### ◎簡易問答：

#### 一、問：為什麼要將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」加註在健保 IC 卡？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：

3. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。
4. 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。

但對於已經簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」之民眾，所簽立之「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術或之意願，確實有其重要性。

#### 二、問：民眾該如何將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願」加註於健保 IC 卡？

答：將已填妥之『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』正本寄至『衛生福利部』（地址：115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號，電話：02-85906666，網址：www.mohw.gov.tw）或『台灣安寧照顧協會』（地址：25160 新北市淡水區民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw）即可申請辦理健保 IC 卡加註事宜。

#### 三、問：當「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」簽署並已加註於健保 IC 卡，是否無法撤除及取消註記？

答：當簽署人意願改變欲撤除時，可填妥「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」，經簽署人親筆簽名，將該書面資料寄回衛生福利部或受理委託執行之『台灣安寧照顧協會』，承辦單位會依程序協助辦理簽署人健保 IC 卡撤除註記手續。

#### 四、問：如何查詢「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」在健保 IC 卡已完成註記手續？

答：一、網路查詢：

進入【民眾意願查詢】可透過「使用健保卡查詢」或「帳號登入查詢」來進行查詢動作。

◎以健保 IC 卡查詢。

進入衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統

<https://hpcod.mohw.gov.tw> > 民眾意願查詢 > 使用健保卡查詢 > 將健保 IC 卡卡片插入讀卡機中 > 確認。

二、電話查詢：請撥免付費 0800-220-927 洽台灣安寧照顧協會查詢。

三、可自健保局各分局、聯絡辦公室、附設門診中心之公共服務站或與健保局有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

### ◎解釋名詞：

- 1、**安寧緩和醫療**一指：為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 2、**不施行心肺復甦術**一指：「對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為」。
- 3、**不施行維生醫療**一指：末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。

### ◎補充說明：

- 1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。
- 2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。
- 3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

\*為必填資料

# 器官捐贈同意書

線上下載

僅供器官捐贈意願表達使用

本人瞭解醫療有其極限，而愛心可以延續，並經閱讀、知悉後列說明後，願意簽署器官捐贈同意書，於生命之盡頭，捐贈可用器官，讓其他需要的病人能因此而獲得重生機會。

\*簽署人：\_\_\_\_\_（請親筆以正楷書寫簽名） \*簽署日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ \*出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*聯絡電話：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

法定代理人姓名及國民身分證統一編號（簽署人未滿 20 歲，方須由法定代理人正楷書寫）：

（姓名）\_\_\_\_\_（國民身分證統一編號）\_\_\_\_\_

本人  希望  不希望 獲得器官捐贈同意卡。 卡號：\_\_\_\_\_（工作人員填寫）

簽署的原因：\_\_\_\_\_

給家人的話：\_\_\_\_\_

願意捐贈器官（組織）項目：（可複選）  全部捐贈；

心臟； 肺臟； 肝臟； 胰臟； 腎臟； 小腸； 眼角膜； 皮膚； 骨骼； 心瓣膜； 血管

## 說明事項：

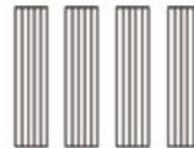
- 一、依人體器官移植條例之規定，器官捐贈必須為無償之行為，且器官之摘取，應於病人之診治醫師判定死亡後為之（含腦死判定）。如病人為非病死或疑似為非病死者，必須於依法相驗完畢後，且經檢察官認無繼續勘驗之必要後，才能施行。
- 二、另依人體器官移植條例第六條之規定，醫師自往生者遺體摘取器官以供移植，須符合下列規定之一：
  - （1）往生者生前以書面（如本同意書）或遺囑同意。
  - （2）往生者最近親屬以書面同意。
- 三、您簽署的器官捐贈同意書，將依人體器官移植條例第六條規定，加註於健保卡並掃描存檔於衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統；如醫院、醫師遇有病人經診斷其病情於近期內進行至死亡已不可避免，且該病人無法清楚表達意識之情況下，將以此作為決定器官捐贈之依循，並可讓家屬充分瞭解病人生前之意願。醫院、醫師絕不會因知悉此捐贈意願而不施予必要治療。
- 四、捐贈者如患無法控制的感染性疾病，如庫賈氏病（Creutzfeldt-Jakob Disease, CJD）…等等，為避免因器官移植而傳染給受贈者，醫院、醫師得不接受病人之器官捐贈。
- 五、您所表達之器官捐贈意願，可隨時查詢或撤回。如欲查詢或撤回該意願，可聯絡下列單位協處理：
 

衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組，電話：02-23933298。

六、本資料僅供器官捐贈意願表達使用，將依個人資料保護法，善盡保密之責任。

七、本資料簽署完畢後，請寄至「財團法人器官捐贈移植登錄中心」，地址：10050 臺北市中正區杭州南路 1 段 15-1 號 11 樓。

TORSC 器官捐贈同意書	
收件日期	
登錄日期	



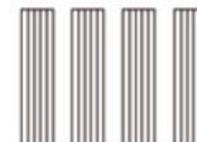
廣告回信  
台北郵局登記證  
台北廣字第03718號

限平信方式投遞

10050

臺北市中正區杭州南路 1 段 15-1 號 11 樓

財團法人器官捐贈移植登錄中心 收



## 預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇撤回聲明書

本人\_\_\_\_\_已簽署「預立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。

1. 姓名				(請務必填寫)
2. 身分證號碼				(請務必填寫)
3. 電子郵件				
4. 出生年月日	年	月	日	(請務必填寫)
5. 聯絡電話				(請務必填寫)
6. 通訊地址	□□□	市	鄉鎮	(請務必填寫)
		縣	市區	
		路(街)	段 巷	
		弄	號 樓	

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

(請務必親筆簽名)

衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/>

地址：10049 台北市中正區紹興北街5號8樓

電話：02-23933298

## 器官捐贈意願撤回聲明書

1. 姓名	(請務必填寫)		
2. 身分證號碼	(請務必填寫)		
3. 電子郵件			
4. 出生年月日	年	月	日 (請務必填寫)
5. 聯絡電話	(請務必填寫)		
6. 通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市	鄉鎮 (請務必填寫)
		縣	市區
		路(街)	段 巷
		弄	號 樓
7. 請問您撤回器官捐贈意願的原因? (可複選)	<input type="checkbox"/> 家人反對 <input type="checkbox"/> 宗教信仰 <input type="checkbox"/> 擔心表達器官捐贈意願後，面臨嚴重傷病時，影響醫師救治的積極度 <input type="checkbox"/> 看過別人捐器官有不好的經驗 <input type="checkbox"/> 本人並未表達過器官捐贈意願 <input type="checkbox"/> 尚有疑慮 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明)_____		

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

(請務必親筆簽名)

衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/>

地址：10049 台北市中正區紹興北街5號8樓

電話：02-23933298