

연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(사전연명의료의향서)

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

등록번호		
환자	성명	주민등록번호

[] 환자가 의사능력이 있는 경우

사전연명의료의향서	[] 등록된 의향서 있음	
	조회 일자	등록번호

위 환자에 대하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제17조에 따라 조회된 사전연명의료의향서의 내용을 환자 본인에게 확인하였습니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)
면허번호

[] 환자가 의사능력이 없는 경우

사전연명의료의향서	[] 등록된 의향서 있음	
	조회 일자	등록번호

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제17조에 따라 해당 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단 하에 조회된 사전연명의료의향서가 같은 법 제2조제4호의 범위에서 같은 법 제12조에 따라 작성되었다는 사실을 확인하였습니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)
면허번호

해당 분야의 전문의 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)
전문과목 전문의 자격 인정번호