

연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(환자가족 진술)

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

등록번호	※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.	
환자	성명	주민등록번호
환자가족	총명	※ 19세 이상인 사람만 해당합니다.
진술 내용	환자가족 성명	진술 내용
	필요시 칸 추가	

위 환자의 환자가족으로서 환자가 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 경우 연명의료를 시행하지 않거나 중단할 것을 원하는 등 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 연명의료중단 등에 관한 의사를 일관하여 표시했다는 점에 대하여 위와 같이 진술합니다.

연번	환자가족 성명	환자와의 관계	주민등록번호	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)
3					(서명 또는 인)
4	필요시 칸 추가				(서명 또는 인)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제17조제1항제3호에 따라 환자가족이 위와 같이 진술했음을 확인합니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)

면허번호

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

유의사항

1. 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우에만 작성할 수 있습니다.
2. 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 환자의 의사에 대하여 환자가족 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우 해당 1명의 진술을 말합니다)을 해야 합니다.
3. 환자가족은 19세 이상인 사람으로서 ①배우자, ②직계비속, ③직계존속, ④형제자매(①~③에 해당하는 사람이 없는 경우만 해당합니다)를 말합니다.
4. 환자가족의 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 객관적인 증거가 있는 경우에는 작성할 수 없습니다.
5. 담당의사와 해당분야의 전문의가 환자의 의사를 확인하는 경우에는 해당 환자의 가족관계증명서 등 해당 환자의 가족임을 증명할 수 있는 서류를 확인해야 합니다.