

연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 환자가족 의사 확인서

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

등록번호	※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.				
환 자	성명	주민등록번호			
구 분	[] 환자가 미성년자인 경우				
	위 환자의 법정대리인(친권자)으로서 환자에게 연명의료를 시행하지 않거나 중단하겠다는 의사를 표시합니다.				
	연번	친권자 성명	환자와의 관계	주민등록번호	연락처
	1				(서명 또는 인)
	2				(서명 또는 인)
구 분	[] 환자가족 전원의 의견이 필요한 경우				
	위 환자의 환자가족으로서 환자에게 연명의료를 시행하지 않거나 중단하겠다는 의사를 환자가족 전원의 합의로 표시합니다.				
	연번	환자가족 성명	환자와의 관계	주민등록번호	연락처
	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」 제18조제1항에 따라 환자의 의사를 확인할 수 없고, 해당 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태에 해당하여 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자) 또는 환자가족이 위와 같은 의사표시를 했음을 확인합니다.

년 월 일

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

유의사항

1. 경찰관서에 행방불명 사실이 신고된 날부터 1년 이상 경과한 사람, 실종선고를 받은 사람, 의식불명 또는 이에 준하는 사유로 자신의 의사를 표명할 수 없다고 의학적으로 판단을 받은 사람은 환자가족에서 제외됩니다.
2. 담당의사 또는 해당분야의 전문의가 환자의 연명의료중단등결정을 확인하는 경우에는 해당 환자의 가족관계증명서 등 해당 환자의 가족임을 증명할 수 있는 서류를 확인해야 합니다.
3. 담당의사 또는 해당분야의 전문의 1명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 않았다는 사실을 확인한 경우에는 작성할 수 없습니다.
4. 전원합의 대상인 환자가족은 19세 이상인 사람으로서 ①배우자, ②1촌 이내의 직계 존속·비속, ③2촌 이내의 존속·비속(①~②에 해당하는 사람이 없는 경우), ④ 형제자매(①~③에 해당하는 사람이 없는 경우)를 말합니다.