

호스피스·완화의료 이용 철회서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시	환자 병록 번호
환자	성 명	생년월일	
	주 소	전화번호	
대리인 (대리인이 신청하는 경우만 작성합니다)	성 명	환자와의 관계	
	주 소	전화번호	
호스피스 전문기관	담당 의료인 성명		면허 종류

본인은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조제3항 및 같은 법 시행규칙 제22조제3항에 따라 자발적인 의사로 호스피스·완화의료 서비스 이용을 철회합니다.

년 월 일

환 자 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

〇〇〇〇 호스피스전문기관 귀중

유의사항

1. 이 철회서는 환자가 직접 작성하는 것이 원칙입니다. 환자가 직접 작성할 때에는 대리인란은 작성하지 않습니다.
2. 환자가 의사결정능력이 없을 때에는 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조제2항에 따라 환자가 미리 지정한 대리인이 철회하거나 환자가족(19세 이상인 사람만 해당합니다) 중 배우자, 직계비속, 직계존속, 형제자매 순으로 대리하여 철회할 수 있습니다.