

印第安纳州医疗保健代表：

医疗保健代表是您选择的帮助做出医疗保健决定的人，包括临终决定（如果您无法自行做出决定）。最好提前与该人士讨论您的意愿。医生将确定您是否无法自行做出决定。

我的姓名（完整的法定姓名 — 亦称为“声明人”） 出生日期（月/日/年）

****仅限用于教育目的****

如果我无法做出并分享自己的医疗保健决定，我的医疗保健代表可以为我做出决定。我的医疗保健代表必须遵守我的愿望和价值观。我的价值观包括我对尊严和生活质量的想法。如果我的医疗保健代表不了解我的愿望，我的医疗保健代表必须真诚行事，并根据我的最佳利益做出决定。这些决定包括但不限于：

- 同意接受治疗
- 拒绝接受治疗
- 停止接受治疗
- 安排安宁护理

我希望以下人士担任我的医疗保健代表（HCR）：

HCR 姓名

HCR 电话号码

****仅限用于教育目的****

如果上述指定的我的主要 HCR 无法代表我行事，我希望以下人士成为我的后备医疗保健代表：

后备 HCR 姓名

后备 HCR 电话号码

****仅限用于教育目的****

选择填写意愿声明：

我希望就我的临终意愿向我的医疗保健代表提供一些额外的指导。（请仅选择以下一项）

- 我的生活质量** 比我的生命长度更重要。如果我无法自行做出决定，并且我的主治医师认为我无法康复，我不希望接受治疗来延长我的生命或延迟我的死亡。相反，我希望接受让我感到舒适并减轻我的痛苦的治疗或护理。
- 活着** 对我来说更重要，无论我病得多么严重，或者康复的机会会有多么渺茫。我希望按照合理的医疗标准最大程度地延长我的生命。
- 我选择目前不填写这个部分。

声明人姓名：_____

签名（必填）：

我在本表中的签名表示，我取消并撤销我过去签署的每份医疗保健授权书。

****仅限用于教育目的****

签名（声明人）

日期

用大写字母填写姓名（声明人）

本表必须由两位成年证人签署（左下方）或经过公证（右下方）才具有法律效力。

两位成年证人签名

以下签名的每位证人均确认，他/她已收到令人满意的声明人身份证明，并确信声明人心智健全，有能力签署上述预先指示。以下签名的证人中至少有一位证人不是声明人的配偶或其他亲属。

公证

印第安纳州)
_____ 县) 具体地点:
_____)

_____ [签名声明人姓名] 亲自在本公证人面前确认上述预先指示的签署是他/她的自愿行为，并且在正式宣誓后声明其中的任何陈述都是真实的。

如果您无法自行做出决定，请在此处填写 1-2 位您信任的人的姓名，他们可以为您做出决定。

请在此处加盖公证印章和填写信息

本预先指示由印第安纳州患者意愿联盟（Indiana Patient Preferences Coalition）编写，可免费获取。请查阅网站 www.INadvancedirectives.org，了解更多信息。