

**인디애나 의료 대리인:**

의료 대리인이란 나 스스로 의료에 관한 결정을 내릴 능력이 결여된 경우를 대비하여 연명의료 여부 결정을 비롯한 의료적 결정을 내려줄 사람으로 지정된 자를 뜻합니다. 내가 선호하는 바를 사전에 의료 대리인과 상의하시는 것이 좋습니다. 나 스스로 결정을 내릴 수 없는지 여부는 의사가 판단합니다.

**본인 이름(법적 정식 이름 – 또한 “선언자”)**

**생년월일(월/일/년)**

\*\*\*\*교육용\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

나 스스로 의료에 관한 결정을 내리고 공유할 수 없는 상황에서는 의료 대리인이 나를 위해 결정을 내려줄 수 있습니다. 의료 대리인은 내가 바라는 바와 나의 가치관을 따라야 합니다. 나의 가치관은 존엄성과 삶의 질에 대한 나의 생각도 포함합니다. 만약 의료 대리인이 내가 바라는 바를 알지 못한다면, 선의로 행동해야 하며 나를 위한 최선의 이익결정에 부합하는 의사결정을 내려야 합니다. 이와 같은 의사결정은 다음을 포함하며 이에 국한하지 않습니다.

- 치료 동의
- 치료 거부
- 치료 중단
- 임종돌봄 조치

**나의 의료 대리인(HCR)으로 지정하고 싶은 사람:**

**HCR 이름**

**HCR 전화번호**

\*\*\*\*교육용\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

위에 나와 있는 기본 HCR 이 제게 도움을 줄 수 없거나 도움을 줄 수 없는 경우, 다음 사람이 제 백업 의료 대리인이 되기를 바랍니다:

**백업 HCR 이름**

**백업 HCR 전화번호**

\*\*\*\*교육용\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**선호사항에 관한 선택적 진술:**

나는 생애 마지막에서의 선호사항에 대해 의료 대리인에게 몇 가지 추가적인 지침을 제공하고자 합니다. (아래에서 1 개만 선택해 주십시오.)

- 삶의 질이 연명보다 더 중요합니다. 내가 스스로 결정을 내릴 수 없고 주치의도 내가 더 이상 회복할 수 없다고 판단한다면, 나는 생명을 연장하거나 죽음을 지연시키기 위한 치료를 원하지 않습니다. 대신에, 나는 나에게 편안함을 주고 고통을 덜어주는 치료나 돌봄을 원할 것입니다.
- 나는 아무리 질환이 심각하거나 회복 가능성이 희박하더라도 **생명 유지**가 더 중요합니다. 나는 합리적인 의학적 기준에 따라 가능한 한 최대한 생명을 연장하기를 원합니다.
- 나는 지금은 이 부분을 작성하지 않고자 합니다.

선언자 이름: \_\_\_\_\_

**필수 서명:**

이 양식에 서명함으로써, 나는 과거에 서명했던 모든 의료 관련 위임장을 취소하고 철회합니다.

\*\*\*\*교육용\*\*\*\*

서명 (선언자)

\*\*\*\*\*

날짜

\*\*\*\*\*

이름(선언자)

이 양식이 법적 효력을 가지려면 성년 증인 2 인의 서명(왼쪽 아래) 또는 공증(오른쪽 아래)이 필요합니다.

**성년 증인 2 인의 서명**

서명한 각각의 증인은 선언자의 신원에 대한 만족할 만한 증명을 받았음을 확인하며, 선언자가 건전한 정신 상태이자 위 사전의료의향서에 서명할 능력이 있음에 만족합니다. 아래 서명한 증인 중 적어도 한 명은 선언자의 배우자나 그 밖의 친척이 아니어야 합니다.

**공증**

인디애나 주 )  
 ) SS:  
\_\_\_\_\_ 카운티 )

공증인인 내 앞에 직접 출두한 \_\_\_\_\_ [선언자 이름]은(는) 상기 사전의료의향서상의 서명 기재가 자신이 자발적인 행위였음을 인정했고 정식 선서를 거친 자로서 의향서상의 모든 진술이 사실이라고 밝혔습니다.

스스로 결정을 내릴 능력이 없을 경우 나를 대신하여 결정을 내려줄 것으로 믿을 만한 사람 1~2 명의 이름을 기입하는 공간입니다.

공증 스탬프 날인 및 공증인 정보 기재를 위한 공간입니다.

이 사전의료의향서는 인디애나 환자선택연맹에서 제작했으며, 무료로 이용하실 수 있습니다. 자세한 사항은 [www.INadvancedirectives.org](http://www.INadvancedirectives.org) 에서 확인하시기 바랍니다.