

不施行維生醫療同意書

台中靜和醫院
1417030017

病人_____因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，不施行維生醫療。

同意人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住（居）所：

電 話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

與病人之關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填)