

醫療委任代理人委任書

姓名：男 女
病歷 年齡：
號碼
床號： 保險身份：一般 健保

本人(簽名)_____已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，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而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任_____為醫療委任代理人，代為簽署『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』。

立意願人：

簽名： 國民身份證統一編號：
住(居)所： 電話：
出生年月日：中華民國____年____月____日

後補受任人(一)(得免填列)

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

後補受任人(二)(得免填列)

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

填寫日期：中華民國____年____月____日(必填)