



'처방약 신청서' 작성 안내

워싱턴주 '존엄사에 관한 법률'에 참여하며 필요한 주 양식을 제출한 담당(처방 담당) 주치의와 자문 의사를 모두 만나게 될 때까지 이 양식에 서명하지 마십시오.

귀하께서 서명하실 수 없는 경우, 증인이 귀하의 서명임을 인지할 수 있다면 서명 대체 표시를 기재할 수 있습니다. 일반적인 대체 표시는 'X'입니다.

증인이 될 수 있는 사람과 그렇지 않은 사람에 대해서는 양식에 명시된 주의 사항을 참조해 주십시오. 두 명의 증인이 귀하가 이 양식에 서명하는 것을 지켜보아야 합니다. 이 양식 상의 모든 날짜는 동일해야 하며, 그렇지 않으면 해당 양식은 무효가 됩니다.

- 이 '처방약 신청서' 사본 1 부는 담당(처방 담당) 의사에게 제출해야 합니다.
- 기록용으로 사본 1 부를 보관해두는 것이 좋습니다.

이 양식 작성과 관련하여 질문이 있거나 도움이 필요한 경우, End of Life Washington(워싱턴주 엔드 오브 라이프)에 문의해 주십시오.

End of Life Washington(워싱턴주 엔드 오브 라이프)은 말기 또는 호전될 수 없는 질병에 걸린 사람에게 정보, 상담, 정서적 지원을 제공하는 비영리 단체입니다. 저희는 우수한 임종 돌봄, 사전 지침 사용, 환자 중심 돌봄 원칙을 옹호합니다. 저희는 자격을 갖춘 환자가 워싱턴주 '존엄사에 관한 법률'을 사용할 권리를 지지합니다. 비밀 유지는 엄격히 준수됩니다. 저희 서비스는 어떠한 요금도 부과하지 않습니다.

존엄사를 위한 처방약 요청서

본인은 _____ 정신이 건강한 성인입니다.
이름 중간 이름 성

본인은 _____을(를) 앓고 있으며, 담당 주치의는 이 질병을 6개월 이내에 사망에 이르게 하는 치유 불가능하고 회복할 수 없는 말기 질병으로 진단했으며 자문 의사가 이를 의학적으로 확인했습니다.

본인은 본인의 진단, 예후, 처방약의 특성과 잠재적인 관련 위험, 예상되는 결과와 임종 돌봄, 호스피스 돌봄, 페어 컨트롤(pair control)을 포함한 적절한 대안에 대한 모든 정보를 받았습니다.

본인은 담당 주치의가 본인이 인간적이고 존엄성을 유지하는 방식으로 임종을 맞이하기 위한 자가 관리 의약품을 처방하고 조제해 주거나, 약사에게 연락하여 처방전을 조제해 줄 것을 요청합니다.

하나의 항목에 이니셜 기재

- _____ 본인은 본인의 가족에게 본인의 결정을 알렸으며 그들의 의견을 고려했습니다.
- _____ 본인은 본인의 가족에게 본인의 결정을 알리지 않았습니다.
- _____ 본인은 본인의 결정을 알릴 가족이 없습니다.

본인은 언제든지 이 요청을 철회할 권리가 있다는 것을 이해합니다.

본인은 이 요청의 중요성을 완전히 이해하며 처방된 약품을 복용하면 사망하게 될 것을 예상합니다. 본인은 대부분 3시간 이내에 사망하며 본인이 사망하는 시간은 더 길어질 수 있다는 것을 이해하며, 담당 의사는 이 가능성에 대해 본인에게 설명했습니다.

본인은 이 요청을 주저하지 않고 자발적으로 수행하며 전적으로 본인의 행동에 대한 모든 도덕적인 책임을 집니다.

본인은 정신이 건강하며 협박, 사기, 또는 부당한 압박 하에서 행동하는 것이 아님을 선언합니다.

서명: Please only use this for reference. Only English form is honor in WA. Thank you.	등록 카운티:	날짜:
--	---------	-----

증인 선언서

아래에 이니셜을 적고 서명함으로써, 저희는 위의 요청을 하는 사람임을 선언합니다.

증인 1 증인 2
이니셜 이니셜

- _____ 1. 우리가 개인적으로 증인을 알고 있거나 신분증을 제시했습니다.
- _____ 2. 서명 날짜에 배석하여 이 요청서에 서명했습니다.
- _____ 3. 정신이 건강해 보였으며 협박, 사기 또는 부당한 압박하에 있지 않았습니다.
- _____ 4. 우리 중 누구도 이 주치의의 환자가 아닙니다.

정자체 성명: 증인 1	서명:	날짜:
정자체 성명: 증인 2	서명:	날짜:

참고: 한 명의 증인은 다음에 해당하는 사람이면 안 됩니다. (1) 혈연, 결혼 또는 입양을 통해 이 신청서를 제출하는 사람과 혈연관계에 있거나 (2) 당사자 사망 시, 그 당사자의 재산에 대한 권리가 있거나 (3) 이 신청서를 제출하는 사람이 치료받고 있거나 거주하고 있는 의료 시설을 소유, 운영 또는 고용하고 있는 사람. 다른 한 명의 증인은 혈연이나 결혼 등의 관계에 있는 사람일 수 있습니다. 환자가 의료 시설에 입원한 경우, 증인들 중 한 명은 해당 시설에서 지명된 개인이어야 합니다. 담당(처방 담당) 주치의는 증인이 될 수 없습니다.