

天主教惠民醫院預立醫療照護諮商預約單

1 準備

- 意願人須具完全行為能力(年滿20歲且可自我表達意識)
- 意願人須自費預立醫療照護諮商費用新台幣2,250元
- 意願人須事先閱讀病人自主權利法相關資料(衛教單張)

2 法定成員

法定參與成員：意願人本人、二親等內親屬(至少一人)、醫療委任代理人。
除上述成員外，經意願人同意之親屬亦得參與，所有成員均須年滿20歲。

二親等內之親屬包含：子女、父母、手足、孫子女/外孫子女、
祖父母/外祖父母、公婆/岳父母、女婿/媳婦、妯娌/連襟、姊夫/妹夫

預計出席二親等內之親屬

1. 姓名：_____ 關係：_____

2. 姓名：_____ 關係：_____

預計出席之其他親友共_____人

預計出席之醫療委任代理人

姓名：_____ 關係：_____

意願人及同行親友須攜帶身分證明文件(如：身分證、健保卡)

3 諮商時間

◎ 諮商日期：中華民國_____年_____月_____日

◎ 諮商時間：_____時_____分至_____時_____分

諮商地點：請到二樓居家護理所辦公室，將有專人引導至諮商室
若對上述有任何問題請洽 06-9272318 分機 228 陳護理師