

TUYÊN BỐ Ý NGUYỆN ĐIỀU TRỊ

Đạo luật về Chết Tự nhiên của Kansas

Tôi, _____ với trí óc minh mẫn, sẵn lòng và tự nguyện bày tỏ mong muốn của mình rằng việc hấp hối của tôi sẽ không cần được kéo dài thông qua các biện pháp nhân tạo trong các hoàn cảnh được nêu dưới đây, qua văn bản này xin tuyên bố:

Nếu bất cứ khi nào tôi bị thương, mắc bệnh không thể cứu chữa được, hoặc bệnh được hai bác sĩ đã trực tiếp khám cho tôi xác nhận là bệnh nan y giai đoạn cuối, một trong số họ là bác sĩ chăm sóc của tôi, và các bác sĩ đã xác định rằng tôi sẽ chết dù có hoặc không sử dụng các thủ thuật duy trì sự sống và việc áp dụng các thủ thuật duy trì sự sống chỉ nhằm mục đích kéo dài quá trình hấp hối thông qua các biện pháp nhân tạo, tôi chỉ thị xin từ chối hoặc

thu hồi các thủ thuật đó, và tôi sẽ được chết một cách tự nhiên mà chỉ dùng thuốc hoặc chỉ thực hiện thủ thuật y tế nào được cho là cần thiết để tạo sự thoải mái cho tôi.

Trong trường hợp tôi không có khả năng đưa ra các chỉ thị liên quan đến việc sử dụng các thủ thuật kéo dài sự sống đó, ý muốn của tôi là bản tuyên bố này sẽ được gia đình và (các) bác sĩ của tôi tôn trọng như là sự biểu đạt cuối cùng về quyền hợp pháp của tôi để từ chối các biện pháp điều trị y tế hoặc phẫu thuật và chấp nhận hệ quả từ việc từ chối đó.

Tôi hiểu đầy đủ ý nghĩa của bản tuyên bố này và tôi có đủ năng lực về mặt tinh thần và cảm xúc để đưa ra quyết định này. Mọi tuyên bố Ý nguyện Điều trị mà tôi đã đưa ra trước đây đều bị thu hồi.

Tuyên bố được thực hiện vào _____ (ngày) của _____ (tháng, năm)

Chữ ký:

X _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ: _____
đường phố thành phố tiểu bang mã zip

Tài liệu này phải được làm chứng bởi hai cá nhân *hoặc* được công chứng viên chứng thực.

Công chứng viên:

Dấu công chứng:

TIÊU BANG _____ QUỐC GIA _____

Tài liệu này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày _____ của _____ (tháng, năm)

Chữ ký của Công chứng viên _____

hoặc

Nhân chứng:

Tôi có mối quan hệ quen biết cá nhân với người tuyên bố và tôi tin rằng người này có trí óc minh mẫn. Tôi đã không ký chữ ký của người tuyên bố ở trên theo chỉ đạo của người tuyên bố. Tôi không có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người tuyên bố, không được hưởng bất kỳ phần tài sản nào của người tuyên bố theo luật kế thừa hoặc theo bất kỳ di chúc nào của người tuyên bố hay bản di chúc bỏ sung, hoặc chịu trách nhiệm trực tiếp về việc chăm sóc y tế của người tuyên bố.

Tên: _____

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____



Tài liệu này dựa trên Quy chế Kansas được Chủ thích 65-28,101 và các trang mục tiếp theo như đã được sửa đổi Các biểu mẫu và thông tin bổ sung được cung cấp thông qua

Tổ chức Giáo dục & Nghiên cứu Y tế Wichita 3306 E. Central, Wichita, KS 67208
316-686-7172

www.wichitamedicalresearch.org

Tái bản 9/2011

BẢN QUYỀN 2011