

# 俄亥俄州预设医疗指示：

## 医疗护理授权委托书

### 生前遗嘱声明

(State of Ohio Advance Directives: Health Care Power of Attorney Living Will Declaration)

我已完成的 医疗护理授权委托书： 有  没有

我对我的医疗护理授权委托书添加了特殊的说明： 有  没有

我已经将 监护人的提名 包括到我的医疗护理授权委托书中： 有  没有

我已经完成了 生前遗嘱声明： 有  没有

我已经对我的生前遗嘱添加了特别说明： 有  没有

[注意：每当您签署一份新的预设医疗指示文件时，会自动撤销以前的类型文件，除非您另有规定。 [R.C. §1337.14 和 R.C. §2133.04 (C)]

[注意：如果您对预设医疗指示文件进行修改，请记住对您其他的预设医疗指示文件进行类似的修改。]



OHIO STATE BAR  
ASSOCIATION  
Connect. Advance. Succeed.

© 2016 年 8 月美国俄亥俄州律师协会

# 俄亥俄州 医疗护理授权委托书

(State of Ohio Health Care Power of Attorney)  
[R.C. §1337]

(全名)

(出生日期)

这是我医疗护理的授权委托书。我撤销所有事先由我签署的医疗护理授权委托书。我理解本文件的性质与目的。如果发现任何条款无效或不可执行，它不会影响本文件的其余部分。我明白，无论何时，只有当我的主治医生确定我已经失去做出知情医疗护理决策的时候，我的代理人可以为我做出医疗护理的决策。然而，这不需要或暗示，法院必须声明我失去能力。

## 定义

**成人** 是指一名 18 岁以上的人。

**代理人或律师 ——事实上** 意味着一个人（“委托人”）可以命名一名有能力的成年人为该委托人做出医疗护理决策。

**人工或技术性提供营养或水化** 意味着通过静脉或管喂养提供食物和液体。[您可以拒绝或停止鼻饲管，或授权您的医疗护理授权委托书代理人拒绝或停止人工营养或水化。]

**担保** 意味着一项发布的保险政策，以保护受监护人的财产因遗产监护人未能正确履行其职责而被盗或丢失。

**舒适护理** 意味着任何采取的措施、医疗或护理程序、治疗或干预（包括营养和/或水化）以减少患者的疼痛或不适，但不能推迟死亡。

**CPR** 意味着心肺复苏 (Cardiopulmonary Resuscitation)，一旦一个人的呼吸或心跳停止，几种启动一个人的呼吸或心跳的方法之一。它不包括出于除了复苏以外的原因清理一个人的气道。

**做进行复苏或 DNR 不复苏医嘱 (Do Not Resuscitate)** 意味着一名医生写入一名患者记录中的医嘱，以说明该患者不应接受心肺复苏。



**监护人** 意味着由法院通过法律程序任命的为被监护人做出决策的人。**监护**由法庭委任来确立。

**医疗护理** 意味着任何维护、诊断或治疗个人身体或心理健康的护理、治疗、服务或程序。

**医疗护理决策** 意味着对医疗护理给予知情同意，拒绝给予知情同意，或撤回知情同意。

**医疗护理授权委托书** 意味着一份法律文件，其让委托人授权一名代理人在该委托人无法再做出医疗护理决策的时候，在大部分医疗护理情况中，为该委托人做出医疗护理决策。此外，该委托人可以授权一名代理人出于或代表该委托人的利益，立即或在任何其他时候，收集受保护的健康信息。一份医疗护理授权委托书不是一份财务授权委托书。

医疗护理授权委托书文档也可以用于提名他人作为委托人的人身或财产的监护人。即使法院为该委托人任命了监护人，医疗护理授权委托书仍然有效，除非法院另行裁决。

**生命维持治疗** 意味着任何当给予一名患者时，主要用于延长临终过程的医疗程序、治疗、干预或其他措施。

**生前遗嘱声明** 意味着一份法律文件，让一名有能力的成年人（“声明者”）指明该声明者在其患有绝症，永久不省人事，可能不再使其愿望被知晓时，想要或不想要的医疗护理。它不是，也不会取代一份遗嘱，遗嘱用来指定一名执行人，在死后管理其资产。

**永久不省人事状态** 意味着一种不可逆的状况，在这种状况中，患者永远意识不到其自身和环境。至少两个医生必须检查该患者并同意，该患者已完全失去了更高的脑功能，无法忍受或感觉到疼痛。

**委托人** 意味着一名签署一份医疗护理授权委托书的一名有能力的成年人。

**临终状况** 意味着一种疾病或损伤导致的不可逆的、无法治愈的和无法治疗的状况，这种疾病或损伤由一名委托人的主治医生和其他一名检查该委托人的医生按照合理的医学标准以合理的医学确定度来确定，以下的两种情况均适用：如果没有给予生命维持治疗，在相对较短的时间内，（1）可能无法恢复且（2）死亡可能发生。

**被监护人** 意味着法院已确定无能力的人。监护人的人身、经济财产、或两者，均受到法院任命和监督的监护人保护。

**我的代理人的任命。**以下任命的人员是我的代理人，其按照本文件授权的情况，为我做出医疗护理决策。

代理人姓名和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_



通过在此框中放上我名字的首字母、签名、打钩或放上其他标记，我专门授权我的代理人立即以及在未来任何时候获取我受保护的医疗护理信息。

**对代理人的指南。**我的代理人将基于我在本文件中的指示以及我代理人以其他方式已知的我的愿望，为我做出医疗护理决策。如果我的代理人认为，我的愿望与本文档中的愿望相冲突，优先考虑这份文件。如果对于任何特殊的情况没有指示，而且如果我的愿望是未知的，那么我的代理人将在考虑一个给予的决定所可能导致的利益、负担和风险后，确定我的最大利益。如果没有代理人，本文档将指导关于我医疗护理的决策。

**备用代理人的任命。**如果我上面提到的代理人并非立即可联系上，或不愿意或不能为我做出决定，那么我任命（按以下的优先顺序）下述各人为我的备用代理人 *[涂掉任何未使用的行]*：

如果不使用，那么用 X 形符号涂掉该区域

第一名备用代理人的姓名和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

第二名备用代理人的姓名和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

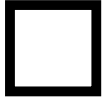
电话号码： \_\_\_\_\_

任何人都可以信赖上述任命的备用代理人的声明，他（或她）正在本文件下正确行事，这样的人员不必进行进一步的调查或质询。

**代理人的权力。**除了我已经涂掉和受制于我已经在医疗护理授权委托书中做出的任何选择的项目外，我的代理人有充分和完全的授权，为我做出所有医疗护理决策。这种授权包括但并不限于以下内容：

1. 对给予疼痛缓解药物、治疗或程序（包括手术）的同意，我的代理人根据医学建议，认为这些药物、治疗或程序会给我带来舒适，即使这些药物、治疗或程序可能加速我的死亡。
2. 如果我处于临终状况中，且我没有生前遗嘱声明，来陈述对这种状况的治疗，做出关于生命维持治疗的决策（包括人工或技术上提供营养或水化）。
3. 给予、撤回或拒绝对任何医疗护理程序、治疗、干预措施或其他措施给予知情同意。
4. 请求、审查并接收任何关于我身体或精神状况的信息（口头或书面的），包括但不限于我所有的医学和医疗护理的记录。
5. 同意进一步披露信息和披露有关我的情况和治疗的医学和相关信息给他人。
6. 为我执行任何为了获得医学和相关信息而可能所需的新闻稿或其他文件。
7. 为我和我的资产执行同意、放弃和责任的释放给所有遵循我的代理人的指示和决定的人员。由我出资，补偿并免责按照本医疗护理授权委托书行事的任何人。我将受到由我的代理人签订的这类赔偿的约束。
8. 选择、雇用和免除医疗护理工作人员和提供家庭健康护理等的服务。
9. 为在任何医学或医疗护理设施让我入院、转院或授权我出院而进行选择、签订合同，这些设施包括但不限于，医院、疗养院、有辅助的生活设施、临终关怀医院、成人家园等诸如此类的设施。
10. 如果我在一个本文件条款未得到强制执行的地方，运输我或安排将我运输到一个地方，该地方为本医疗护理授权委托书得到尊重的地方。
11. 为我填写完成和签署如下文件：
  - 对医疗护理治疗的同意书，或不对进行复苏 (DNR) 或其他类似订购的同意书；以及
  - 要求转移到另一个设施，违背医疗护理建议出院或其他类似的要求；以及
  - 实施授权我的代理人按照本文件做出的医疗护理决定而所需的任何其他文件。

**特殊指示。[这些指示仅适用于我没有起效的生前遗嘱声明时。]**



通过在此框中放上我名字的首字母、签名、勾形符号或其他标记，我专门授权我的代理人拒绝或者（如果治疗已经启动）撤回对如下情况的同意，如果我永久处于昏迷状态，而且我的医生和至少一名检查过我的其他医生以合理的医学确认度确定，人工或技术上提供营养或水化将不会给我带来舒适或缓解我的疼痛，仍在人工或技术上提供营养或水化。[R.C. §1337.13(E)(2)(a) 和 (b)]

**对代理人的权限限制。**我明白在俄亥俄州法律下有对我代理人的权限限制：

1. 我的代理人没有权利拒绝或撤回对提供舒适护理所必须的医疗护理的知情同意。
2. 我的代理人在下述情况下没有权力拒绝或撤回对医疗护理的知情同意：我怀孕了且拒绝或撤回医疗护理会终止怀孕，除非该怀孕或该医疗护理会对我的生命构成重大风险，或除非我的主治医生和至少一名其他医生以合理的医学确认度确定该胎儿不能活着生下来。
3. 我的代理人不能命令撤除生命维系治疗，包括人工或技术提供营养或水化，除非我在临终状况中或处于永久昏迷的状态，而且两位医生已经确定生命维持治疗不会或将不再向我提供舒适或减轻我的痛苦。
4. 如果我以前同意了任何医疗护理，我的代理人不能撤回该治疗，除非我的状况已显著改变，该医疗护理明显对我的益处明显减少，或除非该医疗护理未达到我选择其所想要达到的目的。

**附加说明或限制。**我可能会对我的代理人的授权给予其他说明或施加额外的限制。下面是我具体的说明或限制：

*[如果下面的空间不是足够的，您可以贴上附加页。如果您没有任何的附加说明或限制，在下面写上“无”]*

## 对监护人的提名

[R.C. §1337.28 (A) 和 R.C. §2111.121]

[您可以为您的人身或您的资产（但不作要求）使用本文档来提名一名监护人，如果开始监护权的诉讼]。

我明白我提名的任何人不需要接受监护职责，遗嘱检验法庭维持保有对任何监护权的司法权。[R.C. §2111.121(C)]

我理解法院将尊重我的提名，除非证明有好的理由或被取消资格。[R.C. §2111.121(B)]

我明白，如果为我任命一名**监护人**，此类监护人的职责将包括代表我逐天做出个人性质的决定，比如，食品、服装和生活安排，但本医疗护理授权委托书或任何后续的医疗护理授权委托书仍将继续有效，并控制为我做出的医疗护理决策，除非法院另行裁定。法院将确定限制、暂停或终止本医疗护理授权委托书或任何后续的医疗护理授权委托书，如果他们发现该限制、暂停或终止符合我的最佳利益。[R.C. §1337.28 (C)]

我打算在我的医疗护理授权委托书中给予我代理人的授权将消除需要任何法院任命一名我人身的监护人。然而，如果这类诉讼开始，我按照列出的顺序提名以下人员为**我人身**的监护人。



通过在此框中写上我名字的首字母、签名、钩形符号或其他标记，我提名我的代理人 and 备用代理人（如果有），为**我人身**的监护人，按照如上顺序命名。

如果我未选择我的代理人或备用代理人为**我人身**的监护人，那么以该顺序选择下列人员 [涂掉任何未使用的行]:

如果不使用，那么用 X 形符号  
涂掉该区域

我个人监护人的名字和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

我个人备用监护人的名字和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

**资产监护人** 是指在法院的参与下，由法院委任代表被监护人做出财务决定的人。要求资产监护人被担保，除非书面放弃担保或法院发现其没有必要。



通过在此框中写上我名字的首字母、签名、钩形符号或其他标记，我提名我的代理人  
和备用代理人（如果有），为**我资产的监护人**，按照如上顺序命名。

如果我未选择我的代理人或备用代理人为**我资产的监护人**，那么以该顺序选择  
下列人员 [涂掉任何未使用的行]:

如果不使用，那么用 X 形符号  
涂掉该区域

我资产监护人及其关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

我备用资产监护人及其关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_



通过在此框中放上我名字的首字母、签名、钩形符号或其他标记，我指示放弃对  
**我资产监护人**或继任监护人的担保。 [R.C. §1337.28 (B)]

如果我不在此框中做任何标记，意味着我期望我资产的监护人或继任监护人被  
担保。 [R.C. §1337.28 (B)]

**没有失效日期：**本医疗护理授权委托书将没有失效日期，将不会受到我残疾的影响，或  
时间流逝的影响。

**由代理人进行的强制执行。**我的代理人可能会为我采取任何行动（由我出资），这些行  
动为我的代理人认为是明智的行动，以强制执行我在本文件下的愿望。

**代理人个人责任的免除。**我的代理人不向我或其他任何人承担任何违约责任，除非此类  
义务的违反是以欺诈的方式、以不正当的动机，或不关心此文件的目的或我的最大利益而  
做出的。 [R.C. §1337.35]

**副本与原件相同。**任何人均可以信赖此文档的副本。 [R.C. §1337.26(D)]

**国家应用以外。**我打算在任何司法管辖中，以法律允许的程度，本文件得到尊重。 [R.C.  
§1337.26(C)]

我已经完成了 **生前遗嘱声明**： 有  没有

## 委托人签名

我明白，我负责告诉我的家人和我的医生、我的律师、我的宗教顾问及其他人关于本医疗护理授权委托书的情况。我明白我可以给任何人本医疗护理授权委托书的副本。

我明白我可以发送一份本医疗护理授权委托书的副本给遗嘱检验法庭进行保管。[R.C. §1337.12(E)(3)]

我明白我必须签署此医疗护理授权委托书和写明我签字的日期，而且我的签名必须由两名成年人见证，这两名成年人符合资格见证我的签名或该签名必须在一名公证人面前获得承认。[R.C. §1337.12]

我对我的医疗护理授权委托书签上我的姓名：

在\_\_\_\_\_俄亥俄州\_\_\_\_\_。

---

委托人

[选择见证人或公证人确认]。

见证人 [R.C. §1337.12(B)]

[下列人员不能作为本医疗护理委托书的见证人：

- 你的代理人，如果有的话；
- 您的人身或财产监护人，如果有的话；
- 任何备用或继任代理人或监护人，如果有的话；
- 任何与您因血缘、婚姻或收养相关的人（举个例子，您的配偶和子女）；
- 您的主治医生；和
- 您正在接受护理的任何养老院的管理人员]。

我证明委托人在我在场的情况下签署或承认本医疗护理授权委托书，该委托人似乎是心智健全的并且未受到胁迫、欺诈或不正当的影响。

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
见证人一签名                      见证人一正楷姓名                      日期

\_\_\_\_\_  
见证人一的地址

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
见证人二签名                      见证人二正楷姓名                      日期

\_\_\_\_\_  
见证人二的地址

**或者，如果没有见证人：**

公证人 [R.C. §1337.12]

俄亥俄州  
\_\_\_\_\_ Ss. 郡

\_\_\_\_\_ 在我（署名公证人，亲自出现）面前

\_\_\_\_\_，上述医疗护理授权委托书的委托人，已经承认他（她）出  
于在此表达的目的执行了同样的行为。我证明，该委托人似乎是心智健全的，而且没有受到胁迫、欺诈或不正当的影响。

\_\_\_\_\_  
公证人

我的委任过期日：\_\_\_\_\_

我的委任是永久

© 2016 年 8 月 可以由公众、律师、医疗和正骨疗法的医生、医院、律师协会、医学会和非营利协会和组织  
转载和复制使用。不可以出于盈利目的在商业上复制销售。

## 对执行该文件成人的通知

这是一个重要的法律文件。在执行本文件之前,您应该了解这些事实：

本文件给予您指定的人（事实代理人）权利，如果您丧失为您自己做出知情医疗护理决策的能力，为您做出大部分医疗护理决定。这种权利只有在您的主治医生确认您失去为您自己做出知情医疗护理决定能力的时候，并且没有撤销本文件的时候，才能有效，只要您有为自己做出知情医疗护理决定的能力，您就保留为您自己做出所有医学和其他医疗护理决定的权利。

事实上，您可以在本文件中包含特定的对代理人为您做出医疗护理决策的授权的限制。

受制于您包含在本文件中的任何特定限制，如果您的主治医生确定，您已经失去能力对一个医疗护理事项做出知情决定，事实代理人一般将被本文件授权，为您做出医疗护理决定，其程度与您可以为自己做出这些决定的程度相同，如果您有能力这么做的话。事实代理人为您做出医疗护理决定的授权一般包括对任何维护、诊断、治疗身体或精神病症的医疗护理、治疗、服务或程序给予知情同意，拒绝给予知情同意或撤回知情同意的授权。

然而，即使该事实代理人有在本文件下为您做出医疗护理决定的一般授权，事实代理人绝不会被授权做如下事情：

(1) 拒绝或撤回对生命维持治疗的知情同意，除非您的主治医生和其他检查您的内科医生以合理的医学确认度、按照合理的医学标准确定，以下任何一种情况适用：

(A) 您正遭受由疾病、病症或损伤造成的不可逆的、无法治愈的和无法治疗状况，

(i) 无法从这种疾病、病症或损伤中恢复

(ii) 如果不给予生命维持治疗，很可能发生死亡，另外您的主治医生以合理的医学确认度、按照合理的医学标准确定，没有合理的可能性，您将重新获得为您自己做出知情医疗护理决策的能力。

(b) 您处于永久无意识状态，该无意识状态以您不可逆的意识不到您自己和您的环境为特征，和以大脑皮质功能总体丧失为特征，其导致您没有能力体验疼痛或痛苦，另外您的主治医生以合理的医学确认度、按照合理的医学标准确定，没有合理的可能性，您将重新获得为您自己做出知情医疗护理决策的能力。

(2) 拒绝或撤回对提供给您舒适护理所必须的医疗护理（例外情况是，如果事实代理人未被禁止在下面的(4)下这样做，事实代理人可以按照在下面(4)描述的内容，拒绝或撤回对向您提供营养或水化的知情同意）。（您应该明白，在俄亥俄州法律中定义的舒适护理意味着人工或技术性给予养料（营养）或流体（水化），当给予时，会减少您的疼痛或不适，但不会推迟您的死亡，以及其他任何俄亥俄州修正行为准则 §1337.17 医疗或护理程序、治疗、干预或任何其他措施所要求的任何其他注意事项，采取这些行动是为了减少您的疼痛或，而不是推迟您的死亡。其结果是，如果您的主治医生确定，一项以前描述的医疗或护理程序、治疗、干预或其他措施将不能或不再能为您带来舒适，或缓解您的疼痛，那么，受制于以下(4)，您的事实代理人将被授权拒绝或撤销对该程序、治疗、干预或其他措施的知情同意。）；

(3) 为您拒绝或撤销对医疗护理的知情同意，如果您怀孕，且如果拒绝或撤回对医疗护理的知情同意会中止怀孕（除非怀孕或医疗会对您的生活构成重大风险，或除非您的主治医生和至少一名其他检查过您的医生以合理的医学确认度、根据合理的医疗标准，确认该胎儿不会活着出生）；

(4) 拒绝或撤销对人工或技术上给予您养料（营养）或流体（水化）的知情同意，除非：

(A) 您处于临终状态，或在永远无意识状态。

(B) 您的主治医生和至少一名其他曾检查过您的医生以合理的医学确认度、根据合理的医疗标准，确认营养或水化不会或不再为您提供舒适或减轻您的痛苦。

(C) 如果，但仅如果，您处于永久意识不清的状态，您授权事实代理人拒绝或撤回对提供营养或水化给您的知情同意，方法为进行该文件中如下两个行动：

(i) 包括做出一份声明（以大写字母或其他醒目类型书写，包括但不限于，不同的字体、更大的字体或黑体字），事实代理人可以拒绝或撤销对您提供营养或水化的知情同意，如果您处于永久意识不清状态，且如果确定营养或水化不会或不再为您提供舒适或减轻您的痛苦，或者在本文件的一份类似声明旁的方框或横线（如果有）上做上标记；

(ii) 将您姓名首字母或签名放在该声明的下面或邻近的地方，打钩，或做上以前描述过的其它标记。

(d) 您的主治医生诚信的确定，您的授权事实代理人拒绝或撤销对如下情况的知情同意，如果您处于永久意识不清状态，那么提供给您营养或水化，方法为遵守上述 (4)(c)(i) 和上述 (ii) 的要求。

(5) 撤回对您以前同意的任何医疗护理的知情同意，除非您的身体状况的改变已经显著降低了该医疗护理提供给您的收益，或除非该医疗护理不会或不再会在达到您同意使用它时想要达到的目中明显有效。

此外，当行使为您做出医疗护理决定的授权时，事实代理人将必须按照您的愿望行事，或，如果您的愿望是未知的，按照您的最大利益行事。您可以通过将您的愿望包括在本文件中，将您的愿望表达给该代理人，或者通过另一种方式让事实代理人知晓他们。

当按照本文件行事时，事实代理人通常将会有与您相同的权限，接收关于提议的医疗护理的相关信息，查阅医疗护理记录，和同意披露医疗护理记录。您可以在本文件中限制该权利，如果您这样选择。

#### **俄亥俄州修正行为规范 §1337.17 所要求的注意事项**

通常，您可以指定任何有能力的成年人作为本文件下的事实代理人。然而，您不能指定您的主治医师或任何您接受护理的任何护理中心的管理员作为本文件下的事实代理人。此外，您不能指定您主治医师的雇员或代理人，或您在接受治疗的医疗设施的雇员或代理人作为本文件下的事实代理人，除非任一类型的雇员或代理人是具有能力的成年人，并与您在血缘、婚姻或收养关系上有关，或除非任一类型的雇员或代理人是具有能力的成年人，且您与该雇员或代理人是同一宗教团体的成员。

根据俄亥俄州法律，本文件没有到期日，但您可以选择指定一个日期，在该日期，您的代理人对医疗护理的持久权利将会过期。然而，如果您指定了一个到期日，然后在该日期又缺乏能力为您自己做出知情医疗护理决定，该文件和它授权给您事实代理人的权利将会继续生效，直到您重新获得为您自己做出知情医疗护理决定的能力。

您在任何时候、以任何方式、有权撤销对该事实代理人的指派，有权撤销这整个文件。任何此类撤销一般将在您表达您做出该撤销意图的时候生效。然而，如果您让您的主治医生意识到该文件，任何这样的撤销只会与您与您的主治医生交流后，或当该撤销的见证人或由这样的见证人与之交流了这样的撤销的其他医疗护理工作人员，与您的主治医生交流了该撤销后，才会生效。

如果您执行此文件，并使用它创建一份有效持久的医疗护理授权委托书，它将撤销任何您创建的既往的、有效持久的医疗护理授权委托书，除非您在本文件中另有说明。

此文件作为一份持久的医疗护理授权委托书是无效的，除非它在一位公证人前得到认可，或者得到至少两位当您签署或当您认可您的签名时在场的成人见证人签署。与您在血缘、婚姻、收养关系上不相关的人员可以是一名见证人。事实代理人、您的主治医生和任何您在其中接受护理的护理院的管理者也不符合见证人资格。如果您对本文件中的任何事项有不理解之处，请咨询您的律师以获得解释。

### **俄亥俄州修正行为规范 §1337.17 所要求的注意事项**

#### 附录

当在 2014 年 3 月修改关于医疗护理授权委托书的法律特定条款时，该通知未得到更新。请注意以下更改：

您可以，但不是必需，授权您的代理人获取您的健康信息，包括依法受保护且如果不这样做就不可提供给您代理人的信息。您可以授权您的代理人在您签署本文件后立刻或在稍后任何时间查阅您的健康信息，即使您仍在自行做出医疗护理的决定。

您也可以，但不必须，使用本文件来为您或您的资产任命监护人，如果监护权诉讼已经开始。

*© 2016 年 8 月 可以由公众、律师、医疗和正骨疗法的医生、医院、律师协会、医学会和非营利协会和组织转载和复制使用。不可以出于盈利目的在商业上复制销售。*

# 俄亥俄州 生前遗嘱声明 对声明的注意事项

## (State of Ohio Living Will Declaration Notice to Declarant)

本生前遗嘱声明的目的是记录您的愿望，生命维持治疗，包括人工或技术上提供营养和水化，被暂停或撤回，如果您不能做出知情医学决定 且 处于临终状态或在一种永久无意识状态。该生前遗嘱声明不会影响医疗护理人员给您提供舒适护理的责任。舒适护理意味着采取减少疼痛或不适的任何措施，但不是能推迟死亡的任何措施。

如果您 不 选择限制任何或所有形式的生命维持治疗，包括心肺复苏术，您有法定权利去这样做，并可以希望在一份不同的文件中陈述您的医疗治疗偏好。

根据俄亥俄州法律，生前遗嘱仅 **对处于临终状态或永久无意识状态的人适用**。如果您希望指示在其他环境中的医学治疗，您应该准备一份医疗护理授权委托书。如果您处于临终状态，或永远无意识状态，该生前遗嘱声明优先于医疗护理授权委托书。

*[您应该考虑完成一份新的生前遗嘱声明，如果您的医学状态改变，或如果您稍后决定完成一份医疗护理授权委托书。如果您有生前遗嘱宣言和医疗护理授权委托书，您应该将这些文件的副本保存在一起。在您作为一名医疗护理设施中的患者或当您与您的医生一起更新您的病历的任何时候，随身带上您的文件。]*



# 俄亥俄州 生前遗嘱声明 (Ohio Living Will Declaration) [R.C. §2133]

---

(全名)

---

(出生日期)

这是我的生前遗嘱声明。我撤销所有既往由我签署的生前遗嘱声明。我理解本文档的性质与目的。如果发现任何条款无效或不可执行，它不会影响本文档的其余部分。

我是心智健全的，而且没有受到胁迫、欺诈或不正当的影响。我是一名有能力的成年人，明白和接受该行动的后果。我自愿宣布我的指示，我的死亡不会人为地延长。[R.C. §2133.02 (A)(1)]

我打算该生前遗嘱声明将得到我的家人和我的医生的尊重，作为我拒绝特定医疗护理法定权利的最终表达。[R.C. §2133.03(B)(2)]

## 定义

**成人** 是指一名 18 岁以上的老年人。

**代理人或律师** ——事实上 意味着一个人（“委托人”）可以命名一名有能力的成年人为该委托人做出医疗护理决策。

**捐赠遗体** 意味着捐出部分或全部人体，用于移植、治疗、研究或教育，在捐赠人死后才能生效。

**人工或技术性提供营养或水化** 意味着通过静脉或管喂养提供食物和液体。[您可以拒绝或停止鼻饲管，或授权您的医疗护理授权委托书代理人拒绝或停止人工营养或水化。]

**舒适护理** 意味着任何采取的措施、医疗或护理程序、治疗或干预（包括营养和/或水化）以减少患者的疼痛或不适，但不能推迟死亡。

**CPR** 意味着心肺复苏，一旦一个人的呼吸或心跳停止，几种启动一个人的呼吸或心跳的方法之一。它不包括出于除了复苏以外的原因清理一个人的气道。

**声明人** 指签署生前遗嘱声明的人。

**做进行复苏或 DNR 医嘱** 意味着一名医生写入一名患者记录中的医嘱，以说明该患者不应接受心肺复苏。

**医疗护理** 意味着任何维护、诊断或治疗个人身体或心理健康的护理、治疗、服务或程序。

**医疗护理决策** 意味着对医疗护理给予知情同意，拒绝给予知情同意，或撤回知情同意。

**医疗护理授权委托书** 意味着一份法律文件，其让委托人授权一名代理人在该委托人无法再做出医疗护理决策的时候，在大部分医疗护理情况中，为该委托人做出医疗护理决策。此外，该委托人可以授权一名代理人出于或代表该委托人的利益，立即或在任何其他时候，收集受保护的健康信息。一份医疗护理授权委托书不是一份财务授权委托书。

医疗护理授权委托书文档也可以用于提名他人作为委托人的人身或财产的监护人。即使法院为该委托人任命了监护人，医疗护理授权委托书仍然有效，除非法院另行裁决。

**生命维持治疗** 意味着任何当给予一名患者时，主要用于延长临终过程的医疗程序、治疗、干预或其他措施。

**生前遗嘱声明** 意味着一份法律文件，让一名有能力的成年人（“声明者”）指明该声明者在其患有绝症，永久不省人事，可能不再使其愿望被知晓时，想要或不想要的医疗护理。它不是，也不会取代一份遗嘱，遗嘱用来指定一名执行人，在死后管理其资产。

**永久不省人事状态** 意味着一种不可逆的状况，在这种状况中，患者永远意识不到其自身和环境。至少两个医生必须检查该患者并同意，该患者已完全失去了更高的脑功能，无法忍受或感觉到疼痛。

**委托人** 意味着一名签署一份医疗护理授权委托书的一名有能力的成年人。

**临终状况** 意味着一种疾病或损伤导致的不可逆的、无法治愈的和无法治疗的状况，这种疾病或损伤由一名声明人的主治医生和其他一名检查该委托人的医生按照合理的医学标准以合理的医学确定度来确定，以下的两种情况均适用：如果没有给予生命维持治疗，在相对较短的时间内，（1）可能无法恢复且（2）死亡可能发生。

**没有失效日期：** 该生前遗嘱声明将没有过期日。然而，我可以在任何时候撤销它。[R.C. §2133.04(A)]

**副本与原件相同。** 任何人均可以信赖此文档的副本。[R.C. §2133.02(C)]

**国家应用以外。** 我打算在任何司法管辖中，以法律允许的程度，本文件得到尊重。[R.C. §2133.14]

我已完成一份 **医疗护理授权委托书**：

有  没有

**通知。** [注意：您不需要任命任何人。如果没有任命任何人，法律要求您的主治医生尽合理的努力按顺序通知下列人员之一：您的监护人、您的配偶、可联系上的成年孩子、您的父母和您可以联系上的成年的兄弟姐妹中的大部分。]

万一我的主治医生确定应该停止或撤回生命维持治疗，我的医生应尽合理的努力，以按下面的优先级顺序通知如下人员之一 [涂掉任何未使用的行]： [R.C. §2133.05(2)(a)]

如果不使用，那么用 X 形符号涂掉该区域

第一联系人的姓名和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

第二联系人的姓名和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

第三联系人的姓名和关系： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

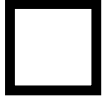
电话号码： \_\_\_\_\_

如果我在 **临终状态** 和无法做出我自己的医疗决策，或如果我在 **永久无意识状态** 并没有合理的可能性，我将恢复能力作出知情决定，那么我指示我的医生让我自然死亡，仅提供给我 **舒适护理**。

为了提供舒适护理，我授权我的医生：

1. 不给予生命维持治疗，包括心肺复苏；
2. 停止或取消人工或技术提供营养或水化，如果我在永久无意识的状态，我已授权在以下 **特定指令** 和其他已经满足的条件下进行这样的停止或撤回；
3. 发出一个 **DNR** 医嘱；且
4. 不采取行动推迟我的死亡，仅提供给我必要的护理，以使我舒适和减轻疼痛。

特殊指示。



通过在此框中放上我名字的首字母、签名、勾形符号或其他标记，我专门授权我的医生停止或者（如果治疗已经开始）撤回对如下情况的同意，如果我永久处于昏迷状态，而且我的医生和至少一名检查过我的其他医生以合理的医学确认度确定，人工或技术上提供营养或水化将不会给我带来舒适或缓解我的疼痛，仍在人工或技术上提供营养或水化。[R.C. §2133.02(A)(3) 和 R.C. §2133.08]

附加说明或限制。

[如果下面的空间不是足够的，您可以贴上附加页。]  
如果您没有任何的附加说明或限制，在下面写上“无”]

[ORC §2133.07(C) 要求的“遗体捐赠”语言提供如下。捐赠遗体俄亥俄州建议，您在俄亥俄州机动车局接受一份驾照时，说明您授权成为一名器官、组织或角膜的捐献者，或，如果您希望对您的捐赠设置限制，将一份捐献者登记表（附上）发送至俄亥俄州机动车局。]

[如果您使用该生前遗嘱来声明您的授权，说明您希望捐赠的器官和/或组织，并涂掉任何您不想授权您的捐赠用于的目的。请见附件，捐赠登记表，以在这方面进行帮助。在所有情况下，让您的家人知道您声明的捐赠意愿。]

### 捐赠遗体（可选）

希望我可以在我死后帮助他人，我特此出于以下目的捐赠以下身体部分：*[完成 这两 节]*。

第 1 节 身体部位。请选择“所有器官、组织和眼睛”或以下所有适用框。

所有器官、组织和眼睛。如果您选择该复选框，不要选择第 1 节中的任何其他框，并进入到第 2 节。

- |                               |                             |                                    |                                  |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心    | <input type="checkbox"/> 肺  | <input type="checkbox"/> 肝（及相关血管）  | <input type="checkbox"/> 胰腺/胰岛细胞 |
| <input type="checkbox"/> 小肠   | <input type="checkbox"/> 肠  | <input type="checkbox"/> 肾脏（及相关血管） | <input type="checkbox"/> 眼睛/角膜   |
| <input type="checkbox"/> 心脏瓣膜 | <input type="checkbox"/> 骨  | <input type="checkbox"/> 肌腱        | <input type="checkbox"/> 韧带      |
| <input type="checkbox"/> 静脉   | <input type="checkbox"/> 筋膜 | <input type="checkbox"/> 皮肤        | <input type="checkbox"/> 神经      |

第 2 节 目的。请选择“所有目的”或以下所有适用框。

所有目的。如果您选中该复选框，请不要选中任何下面的框。

- 移植       治疗       研究       教育

如果我未通过以上行说明愿意捐献我身体的全部或部分，不应假定我愿意或拒绝捐赠遗体。

### 声明者签名

我明白，我负责告诉我的家人、我在医疗护理授权委托书（如果我有一份）中任命的代理人、我的医生、我的律师、我的宗教顾问及其他人关于本生前遗嘱声明的情况。我明白我可以给任何人本生前遗嘱声明的副本。

我明白我必须签署（或指示一人为我签署）此生前遗嘱声明和写明签字的日期，而且签名必须由两名成年人见证，这两名成年人符合资格见证签名或该签名必须在一名公证人面前获得承认。[R.C. §2133.02]

我对该生前遗嘱声明签署我的名字

在\_\_\_\_\_俄亥俄州\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_  
声明

**[选择见证人或公证人确认]。**

**见证人 [R.C. §2133.02(B)(1)]**

*[下列人员不能作为本生前遗嘱声明的见证人：*

- 在您医疗护理授权委托书中的代理人，如果有的话；*
- 您的人身或财产监护人，如果有的话；*
- 任何备用代理人或监护人，如有；任何与您因血缘、婚姻或收养相关的人（举个例子，您的配偶和子女）；*
- 您的主治医生；和*



# 俄亥俄州

## 对声明人的捐赠登记表注意事项

### (State of Ohio Donor Registry Enrollment Form Notice to Declarant)

捐赠登记表的目的是记录您捐赠器官、组织和/或角膜的愿望。

该表应只在您**没有**在俄亥俄州机动车辆管理局 (BMV) 更新驾照或身份证时登记为一名捐献者时填写；通过 **BMV** 网站在线填写；或以前通过一份纸质表格填写；如果您希望进行遗体捐赠，或修改一份现有的登记，该表格必须发送给 **BMV**，以确保您对于器官、组织和/或角膜的愿望得到尊重。本文件将作为您在您死亡时回收器官、组织和/或角膜（如果在医学上有可能）的授权。

在提交该表格时，您的愿望将被记录在俄亥俄州捐赠登记中，该登记由 **BMV** 维护，仅可在死亡时由合适的器官、组织和角膜回收机构获得。鼓励您与您的亲属分享您的愿望，以便他们了解您打算成为捐赠者。

该表格还可以用于修改或撤销您捐赠的愿望。填妥的表格可邮寄到：

Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P. O. Box 16583  
Columbus, OH 43216-6583

经常询问的有关器官、组织和角膜捐献的问题在本节第三页得以陈述。如果您有更具体的问题，也列出了国家器官和组织回收机构的联系信息，鼓励您与他们联系或访问他们的网站。

## 俄亥俄州登记表

如果您尚没有在俄亥俄州机动车辆管理局 (BMV) 更新驾照或身份证时登记为一名捐赠者，您必须发送俄亥俄州捐赠登记表给 BMV，以确保您关于器官和组织捐赠的愿望得到尊重。本文件将作为您在您死亡时回收器官和/或组织（如果在医学上有可能）的授权。在提交该表格时，您的愿望将被记录在俄亥俄州捐赠登记中，该登记由 BMV 维护，仅可在死亡时由合适的器官和组织回收机构获得。一定要与所爱的人分享您的愿望，以便让他们都知道您的打算。该表格还可以用于修改或撤销您捐赠的愿望。

若要进行登记，请填好并邮寄该登记表给：

Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P.O. Box 16583  
Columbus, OH 43216-6583

**请用正楷书写**

姓	名	名
邮寄地址		
城市	国家	邮编
电话	出生日期	俄亥俄州 DL/ID 卡 # 或 社保号码

### 捐助者登记选项

#### 选项 1

我死后，我出于法律认可的目 的捐赠我的器官、组织和眼睛。

#### 选项 2

我死后，我捐赠下列的器官、组织或眼睛：

所有器官、组织和眼睛

##### 器官

心

肺

肝脏（及相关的血管）

肝脏（及相关的血管）

胰腺/胰岛细胞

肠

小肠

##### 组织

眼睛/眼角膜

心脏瓣膜

骨

肌腱

韧带

静脉

筋膜

皮肤

神经

出于以下依法授权的目的：

所有目的

移植

治疗

研究

教育

#### 选项 3

请把我移出俄亥俄州捐助登记。

捐赠登记人签名	日期
x	

## 在俄亥俄州器官与组织捐赠

一个人可以挽救或改善遭受器官衰竭、先天性缺陷、骨癌、骨科损伤、烧伤、失明和更多的人的生活质量。一名器官捐献者可以通过捐献心脏、肺、肾脏、胰腺、小肠和肝脏挽救最多 8 条生命。超过 123,000 名美国人在全国生命挽救器官移植列表中；3,400 人在俄亥俄州。统计数据表明，在美国每天有 18 人在等待移植的过程中死亡。如果您登记为一名捐赠者，一定要与您的家庭成员分享这一决定。

**谁能成为一个捐献者？** 所有超过 15.5 岁的人都可以登记并给出对捐赠的事先授权。在死亡时确定捐赠的医学合适性。如果一名未成年人在 18 岁之前死亡，父母可以修订或撤销捐赠决定。

**捐赠者是否有年龄限制？** 所有年龄和病史的人应该考虑自己为可能的捐助者。新生儿以及高级公民为器官捐助者。在死亡时的医学状况将决定捐赠什么器官和组织。

**如果我加入捐助登记，它会影响我在医院得到的医疗护理的质量吗？** 不，医院的医生关心照顾他们面前的患者，并不涉及与捐献和移植。尽一切努力来挽救您的生命后，才考虑捐赠。

**捐赠将对我的身体有损毁吗？可以有开馆葬礼吗？** 捐赠不会损毁身体，不会干扰或拖延葬礼（包括开馆服务）。

**捐赠对我的家人有任何开销吗？** 捐赠者的家庭并不支付捐赠的开销。所有与捐出的器官、眼睛和组织相关的费用都由指定的回收机构支付。

**我的宗教批准捐赠吗？** 所有主要宗教支持器官、眼睛和组织的捐赠为一种无私的慈善行为。

**我可以出卖我的器官吗？** 不行。全国器官移植法案指明出售人体器官和组织为非法行为。违反者将受到罚款和监禁。制定该条例的原因之一是因为国会考虑买卖器官可能导致不公平的获得捐赠器官，对于该福祉有不公平的优势。

**器官是如何分发的？** 通过联邦管理的系统，基于大量因素（包括，血型、体型、医学紧急情况、等候列表上的时间和地理位置）匹配捐献者的器官。

**我可以是一名器官和组织的捐赠者，也可以将我的身体捐献给科学吗？** 总的遗体捐献优先于器官和组织的捐献。如果您想要捐出您的整个身体，您必须在您死之前与医学院或研究设施作出安排。医学院、研究机构和其他机构能够更好地理解人类解剖学和疾病机制。这种研究对拯救生命和改善生活至关重要。

**该登记授权活体捐献吗？** 不，该登记不授权活体捐献。可能在活着的时候捐出一个肾、部分肝脏或部分肺，但要通过特定的移植中心基于个体做出安排。

**对于捐赠的详细信息，请联系国家四个联邦政府指定的器官获取组织之一：**

俄亥俄州东北部  
LifeBanc  
[www.lifebanc.org](http://www.lifebanc.org)  
216.752.5433

俄亥俄州西部  
Life Connection of Ohio  
[www.lifeconnectionofohio.org](http://www.lifeconnectionofohio.org)  
937.223.8223

俄亥俄州中南部  
Lifeline of Ohio  
[www.lifelineofohio.org](http://www.lifelineofohio.org)  
877.223.6667

俄亥俄州西南部  
LifeCenter  
[www.lifepassiton.org](http://www.lifepassiton.org)  
513.558.5555