

# Ohio 州 致声明人的 生命意愿书声明通知

本生命意愿书声明旨在记录您的意愿，即如果您无法做出知情医疗决定，并且处于病症晚期或永久无意识状态，您希望停止或撤除生命维持治疗，包括人工或机械供给的营养和水分。本生命意愿书声明不会影响医护人员为您提供舒适护理的责任。舒适护理是指为减轻疼痛或不适而采取、但不是为了延缓死亡的任何措施。

如果您选择不限制任何或所有形式的生命维持治疗（包括心肺复苏术 [Cardiopulmonary Resuscitation, CPR]），您有权采取此举措，并且可以在另一份文件中以书面形式说明您的医学治疗偏好。

根据 Ohio 州法律，生命意愿书声明仅适用于处于病症晚期或永久无意识状态的个人。如果您希望提供适用于其他情况的医学治疗指示，则应准备医疗保健委托书。如果您处于病症晚期或永久无意识状态，则本生命意愿书声明优先于医疗保健委托书。

*[如果您的医疗状况发生变化，或者您后来决定填写医疗保健委托书，则应考虑填写新的生命意愿书声明。如果您同时拥有生命意愿书声明和医疗保健委托书，则应将这些文件的副本保存在一起。当您在医疗保健机构就医或与您的医生更新医疗记录时，请携带您的相关文件。]*



# Ohio 州

## 生命意愿书声明

[《修订法典》(REVISED CODE, R.C.) 第 2133 节]

---

(工整填写全名)

---

(出生日期)

本文件是本人的生命意愿书声明。本人撤销本人之前签署的所有生命意愿书声明。本人理解本文件的性质和目的。如果发现任何条款无效或不可执行，本文件的其余部分不会受到其影响。

本人精神健全，并且没有受到胁迫、欺诈或不当影响。本人是有行为能力的成年人，能够理解并接受此行动带来的后果。本人自愿宣布本人的指示，即不愿人为地延缓死亡。[R.C. 第 2133.02 (A)(1) 节]

本人希望本人的家属和医生能够尊重本生命意愿书声明，将其作为本人对依合法权利拒绝某些医疗服务的最终表达。[R.C. 第 2133.03(B)(2) 节]

### 定义

**成年人**是指年满 18 岁的人士。

**代理人或授权代理人**是指个人（即“委托人”）可以在医疗保健委托书中指定代委托人做出医疗保健决定、且具有行为能力的成年人。

**人工或机械供给的营养或水分**是指通过静脉或管饲提供的食物和流体。[您可以拒绝或停止使用喂食管，或者授权医疗保健委托书中的代理人代您拒绝或停止接受人工供给的营养或水分。]

**舒适护理**是指为减轻患者疼痛或不适而采取、但不是为了延缓死亡的任何措施、医疗或护理程序、治疗或干预，包括供给营养和/或水分。

**CPR** 是指心肺复苏术，这是在人的呼吸或心跳停止后帮助恢复呼吸或心跳的方法之一。该方法不包括出于复苏以外的原因清理个人的呼吸道。

**声明人**是指签署生命意愿书声明的人士。

**拒绝心肺复苏 (Do Not Resuscitate, DNR) 指令**是指写入患者记录的医生医疗指示，用于表明患者不愿接受心肺复苏。

**医疗保健**是指维持、诊断或治疗个人身体或心理健康问题的任何护理、治疗、服务或程序。

**医疗保健决定**是指对医疗保健做出知情同意、拒绝做出知情同意或撤销知情同意。

**医疗保健委托书**是法律文件，基于此文件，委托人可在大多数医疗保健情况下授权代理人在其无法做出医疗保健决定时代为做出此类决定。此外，委托人可以授权代理人立即或在任何其他时间代表委托人收集受保护健康信息。医疗保健委托书并非财务授权书。

医疗保健委托书文件还可以用于指定某人担任委托人的人身或财产监护人。即使法院为委托人指定监护人，医疗保健委托书仍然有效，除非法院另有规定。

**生命维持治疗**是指对患者实施的任何医疗程序、治疗、干预或其他措施，其主要目的是延缓死亡。

**生命意愿书声明**是法律文件，基于此文件，有行为能力的成年人（即“声明人”）可以在自己身患晚期病症或处于永久无意识状态且无法再表达自己的意愿时，表明自己愿意或不愿接受何种医疗保健服务。此文件不是也不能取代用于指定执行人在某人去世后管理其遗产的遗嘱。

**永久无意识状态**是指一种不可逆转的状态，在这种状态下，患者永远无法感知自身和周围的情况。必须至少由两名医生对患者进行检查，并确认患者已完全丧失高级脑功能，无法经受或感受到任何疼痛。

**委托人**是指签署医疗保健委托书的有行为能力的成年人。

**病症晚期**是指由疾病、病痛或损伤引起的不可逆转、无法治愈和无法医治的病症，根据声明人的主治医生以及为声明人做检查的另一名医生按照相应医疗标准确定的合理医学程度，以下两种情况均适用：**(1)** 无法康复，以及 **(2)** 如果不施以生命维持治疗，很可能在较短时间内死亡。

**无失效日期**。本生命意愿书声明无失效日期。然而，本人可以随时撤销本声明。[R.C.第 2133.04(A) 节]

**副本与原件具有同等效力**。任何人均可参照本文件的副本。[R.C. 第 2133.02(C) 节]

**州外适用**。在法律允许的范围内，本人希望此文件在任何司法管辖区均适用。[R.C. 第 2133.14 节]

本人已填写**医疗保健委托书**： 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

**通知。***[请注意：您无需指定任何人。如果没有指定人员，根据法律要求，您的主治医生必须做出合理努力，按指定顺序通知以下任一人士：您的监护人、配偶、成年子女（如适用）、父母或大多数成年兄弟姐妹（如适用）。]*

如果本人的主治医生决定应暂停或撤除生命维持治疗，本人的医生应做出合理努力，按以下优先顺序通知以下任一指定人士 *[划掉任何未使用的行]*：[R.C.第 2133.05(2)(a) 节]

划掉未使用的部分	第一联系人的姓名及 <b>关系</b> ：	_____
	地址：	_____
	电话号码：	_____
	第二联系人的姓名及 <b>关系</b> ：	_____
	地址：	_____
	电话号码：	_____
	第三联系人的姓名及 <b>关系</b> ：	_____
	地址：	_____
	电话号码：	_____

如果本人处于**病症晚期**且无法独立做出医疗保健决定，或者如果本人处于**永久无意识状态**，并且不太可能恢复做出知情决定的能力，则本人指示医生让本人自然死亡，仅为本人提供**舒适护理**。

本人授权本人的医生采取以下行动，以提供舒适护理：

1. 不施以生命维持治疗，包括 CPR；
2. 暂停或撤除人工或机械供给的营养或水分，前提是本人处于永久无意识状态、本人已根据下方**特别说明**授权暂停或撤除此类举措，并且满足其他条件；
3. 签发 DNR 指令；以及
4. 不采取任何行动来延缓死亡，仅为本人提供必要的护理，以使本人感到舒适并减轻疼痛。

**特别说明。**

在此方框中填入本人姓名首字母、签名、勾号或其他标记，即表示本人明确授权本人的医生暂停人工或机械供给的营养或水分，或者如果已经开始治疗，则撤除对人工或机械供给营养或水分的治疗同意，前提是本人处于永久无意识状态，并且本人的医生和至少一名为本人做过检查的其他医生

在合理的医疗确定程度上认定，人工或机械供给的营养和水分不会给本人带来慰藉或减轻疼痛。 [R.C. 第 2133.02(A)(3) 节，以及 R.C. 第 2133.08 节]

**其他说明或限制。**

[如果下方空白处不够填写，您可以另附纸张。]

如果您没有任何其他说明或限制，请在下方填写“None”（无）。]

### 声明人签名

本人理解，本人有责任将此生命意愿书声明告知本人的家庭成员、医疗保健委托书中的代理人（如有）、本人的医生、本人的律师、本人的宗教顾问和其他人。本人明白，本人可以将此生命意愿书声明的副本交给任何人。

本人知晓，本人必须签署（或指示其他人代本人签署）此生命意愿书声明并注明签署日期，并且必须让有资格见证签署的两名成年人见证签署过程，或者必须在公证人面前获得签署认可。[R.C.第 2133.02 节]

本人在此生命意愿书声明上签名，

日期：\_\_\_\_\_。地点：\_\_\_\_\_, Ohio。

---

声明人

### [选择见证人或公证人确认书。]

#### 见证人[R.C.第 2133.02(B)(1) 节]

[以下人士不得担任此生命意愿书声明的签署见证人：

- 您的医疗保健委托书中的代理人（如有）；
- 您的人身或财产监护人（如有）；
- 任何其他代理人或监护人（如有）；
- 任何与您有血缘、婚姻或领养关系的人（例如您的配偶和子女）；
- 您的主治医生；以及
- 为您提供护理服务的疗养院中的行政管理人员。]

