

버지니아 주 사전 의료 지시서 부록
정신질환용

본인 _____

본 정신과 치료 부록 작성인의 이름(정자체)(선언자)
(Printed Name of Individual Making This Supplement for Mental Health Care (Declarant))

은(는) 본인의 의료에 대한 적절한 정보에 근거한 결정을 내리지 못할 경우에 대비하여
본인이 원하는 바를 의도적 및 자발적으로 공표합니다. 본 문서는

_____에 작성한 본인의 사전 의료 지시서
날짜 기재(Insert Date)

본 문서는 본인이 정신 질환을 겪게 될 경우 본인이 받고자 하는 의료 시술에 대한 지침을 설명합니다.

I: 본인의 반대에도 불구하고 의료 시술을 승인할 수 있는 본인 대리인의 특별 권한

본 항목은 본인의 의료 대리인과 주치의가 필요하다고 판단한 의료 결정에 본인이 반대할 경우에 관한
본인의 상세한 지침 사항에 대해 설명합니다.

(대리인에게 부여하고 싶지 않은 권한은 줄을 그어 지우십시오.)

본인의 대리인의 권한에는 다음이 포함됩니다:

1. 본인이 반대할 경우에도, 법으로 허용하는 한도에서 정신질환 치료 기관에 본인의 입원을 허가할 수 있는 권한
2. 본인이 반대할 경우에도, 본인의 의료 대리인과 주치의가 필요하다고 판단하고 법이 허용하는 기타 의료 시술을 승인할 수 있는 권한. 이러한 권한에는 본 문서에 명시된 예외사항을 제외한, 이 문서, 의료 지시서 또는 아래 공란에 제시된 모든 종류의 의료 시술이 포함됩니다.

본인은 다음과 같은 의료 시술을 허가하지 않습니다:

[대리인에게 위에 열거된 권한을 부여하려면, 귀하의 주치의 또는 공식허가된 심리학자가 아래 상자에 서명해야 합니다.]

본인은 본 사전 의료 지시서 부록을 작성한 이의 주치의 또는 공식허가된 심리학자임을 밝히는 바입니다. 본인은 본인의 환자가 현재 정보에 근거한 결정을 내릴 수 있으며 본 의료 지시서 부록의 항목 I에 의거하여 대리인에 특별한 권한을 위임함에 따른 결과를 숙지하고 있음을 입증합니다.

주치의 또는 공식허가된 심리학자 서명
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Signature)

날짜
(Date)

주치의 또는 공식허가된 심리학자 이름 및 주소(정자체)
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Printed Name and Address)

II: 기타 정신과 치료 지침 사항

[정신과 치료 결정에 대한 추가 지침을 제공하기 원하는 경우 이 곳에 설명하실 수 있습니다. 대리인이 없는 경우에도 본 항목에 정신과 치료 지침 사항을 명시할 수 있습니다. 지침 사항을 명시하지 않는 경우, 법이 허용하는 한도에서, 알려진 본인의 가치관과 원하는 바에 근거하여 또는 본인을 가장 위하는 것이라 판단되는 선에서 정신과 치료가 결정됩니다.]

A. 의료적으로 합당할 경우 다음과 같은 정신과 치료를 받을 것임을 명시합니다:

B. 다음과 같은 정신과 치료를 받지 않을 것임을 명시합니다:

C. [본 양식에 지침 사항을 명시하지 않는 대신, 위기 대응 계획에 따라 정신과 치료를 결정하도록 지시할 수 있습니다. 위기 대응 계획을 수립해 놓은 경우, 다음 상자에 체크한 후 위기 대응 계획서를 본 문서에 첨부하십시오.

위기 대응 계획서에 명시한 조건에 의거하여 법이 허용하는 한도 내에서 의료 결정을 내릴 것을 지시합니다.

확인 및 취소할 권리:아래에 서명함으로써 정신과 치료에 대한 본 사전 의료 지시서 부록의 내용을 이해하며 이를 기꺼이 자발적으로 수행할 것임을 확인하는 바입니다. 또한 법으로 허용되는 한도 내에서 언제든지 본 내용의 전부 또는 일부를 취소할 수 있음을 알고 있습니다.

날짜(Date)

선언자의 서명(Signature of Declarant)

선언자가 본인의 입회하에 상기 사전 의료 지시서에 서명했습니다. [두 명의 성인 입회인 필요]

입회인 서명
(Witness
Signature)

입회인 이름
(정자체)
(Witness
Printed)

입회인 서명
(Witness
Signature)

입회인 이름
(정자체)
(Witness
Printed)

참고: 본 정신과 치료에 대한 사전 의료 지시서 부록은 일반 사전 의료 지시서와 함께 보관해야 합니다.

본 양식은 버지니아 주의 *Health Care Decisions Act*의 요건을 준수합니다. 본 양식에 관한 법적 질문사항이 있거나 귀하의 특별요건에 부합하는 별도의 양식을 만들고자 할 경우, 변호사와 상의해야 합니다. 주치의에게 귀하의 사전 의료 지시서 사본을 제공하는 것은 귀하의 책임입니다. 또한 대리인, 친인척 및/또는 친구에게도 사본을 전달해야 합니다.

본 양식은 *Virginia Hospital & Healthcare Association* 이 회원 및 일반 대중을 위한 서비스의 일환으로 제공합니다. (2010 3월, www.vhha.com)