

Hospice of New York 紐約臨終關懷

知情同意書 / 臨終關懷福利選舉表

病患者姓名：_____

臨終關懷記錄 #：_____ 出生年 / 月 / 日：____ / ____ / ____

我選擇接受紐約臨終關懷的臨終關懷護理。我知道我選擇的只是止痛或緩解疼痛的治療方法，目的是提高我的生活質量，而不是根本治愈。我知道所有一切努力都是用來控制病狀以確保我能夠集中我的精力生活。我知道臨終關懷工作人員不提供復甦服務。在此期間，我也知道我的私人醫生可以繼續照顧我。

我會讓我的家人或我的朋友隨時保持與我聯繫（至少用電話方式），他 / 她會被告知我做出臨終關懷護理的選擇，他 / 她將與臨終關懷保持聯繫。我知道臨終關懷工作人員會盡他們最大所能如實地和直接地回答有關我病情的所有問題。

我選擇臨終關懷服務如下：

- 對我身體病症的醫療和護理服務。
- 為我和我的主要護理人員提供的情感和精神支持 / 諮詢輔助服務。
- 提供相應的在家護理的計劃，定期不斷的由臨終關懷團隊人員：醫生、護士、社工人員、家庭保健助理、牧師，或其他諮詢顧問和義務工作者提供家庭拜訪服務。家庭拜訪服務的次數和時間長短由臨終關懷團隊人員決定。
- 根據需要和報銷的指南規定，提供藥品、資源、設備和交通的服務。只允許有處方的主要用於止痛和控制病症的藥品可報銷。
- 進住臨終關懷住院部：1) 因短期急性醫療照顧 / 護理以控制病症。
2) 為我的護理人員提供短期休息的機會（最多 5 天）。

我明白我選擇臨終關懷護理后，我要放棄其他醫療保險 / 醫療補助的福利：

- 我放棄其他家提供的臨終關懷計劃（不是由紐約臨終關懷所提供的）。
- 我放棄所有與我選擇的臨終關懷護理治療相關的或相當於臨終關懷的醫療保險 / 醫療補助服務，除我主治醫生的服務除外。所有醫生顧問必須出臨終關懷獲准。

我知道我可以在任何時候取消我的臨終關懷護理的福利，同時我可恢復我正常的醫療保險 / 醫療補助福利。在我終止我的臨終關懷福利后，如果我繼續符合臨終關懷的招收條件，我仍可再選擇臨終關懷的福利。

我同意把有關我醫療狀況和護理的信息公布給推薦的醫生，其他諮詢專家或其他機構，和聯邦州和地方評審機構和權威評審機構。在緊急事件發生時，如火災、颶風、嚴重的暴風雪或其他自然災害發生時，我同意把有關我醫療狀況和護理情況向所有的政府機構、協助機構、社區義務服務組織，或其他機構公開，法律禁止的除外。

我在此把我有權享有的來自政府機構、保險公司、工會福利基金，或其他方足夠的臨終關懷資金或福利分配給紐約臨終關懷。政府機構、保險公司、工會福利基金，或其他方有經濟責任支付為我或以我個人名義擔保的患者提供的護理、治療和資源的臨終護理費用。

我知道紐約臨終關懷不會讓我支付醫療保險或醫療補助共同支付的費用 (co-payments)。

我已瞭解臨終關懷服務。我已經收到並清楚以下內容：

- 紐約臨終關懷招收手冊
- 患者和家屬的信息
- 隱私保護措施的通知
- 紐約臨終關懷所有權和歸屬信息
- 預設醫療指示
- 患者護理和安全

我有如下預設醫療指示

- 生前遺囑
- 醫療護理委託書
(Power of Attorney for Health Care)
- 不得復甦令

我在此指定 _____
 MD
 DO
 NP 為我的主治醫生。

患者簽名 _____ 日期 _____

法律代表簽名 _____ 日期 _____

見證人簽名 _____ 日期 _____

法律代表以正體字簽名 _____

見證人以正體字簽名 _____

如果患者不能簽，請說明理由 _____

生效日期（如果與簽名日期不同） _____