

---

# 医疗授权书

---

## 指定您在纽约州的医疗代理人

在您无法自主做出决策时，《纽约医疗授权法》允许您指定信任的人（例如一位家庭成员或密友）为您做出医疗决策。通过指定医疗代理人，您可以确保医疗服务提供方遵循您的意愿。代理人也可以根据您的病症变化来决定实现您意愿的方式。医院、医生和其他医疗服务提供方必须如同遵循您的决策一样来遵循代理人的决策。您可以按自己的意愿赋予您选择的医疗代理人任意大小的权力。您可以允许代理人做出所有医疗决策，或仅做出某些医疗决策。您也可以给代理人下达他/她必须遵循的指示。此表格也可用来记录您关于器官及/或组织捐赠的意愿或指示。

---

# 关于医疗授权书表格

---

这是一份重要的法律文件。在签署之前，您应该了解下列事实：

1. 除非您在本表格中另有说明，否则本表格授权您所选的代理人为您做出所有医疗决策，包括决定放弃或提供维持生命的治疗。“医疗”是指诊断或治疗身体或精神状况的任何治疗、服务或程序。
2. 除非代理人适当了解到您对于人工营养和补液（通过饲管或静脉注射管提供营养和水）的意愿，否则他/她不可拒绝或同意为您采取此类措施。
3. 当医生判定您无法自主做出医疗决策时，代理人将开始为您做出决策。
4. 您可以在此表上举例写下您不愿接受的治疗类型和/或您确定愿意接受的治疗类型。此类指示可以用来限制代理人的决策权力。代理人在为您做决策时必须遵循您的指示。
5. 无需律师为您填写此表。
6. 您可以选择任何成年人（18岁或以上）作为您的代理人，包括家庭成员或密友。如果您选择某位医生作为代理人，他/她将必须在做您的代理人或主治医生之间二选其一，因为医生不能同时兼任这两种身份。此外，如果您是一家医院、疗养院或精神卫生机构的患者或居民，对指定此类机构的工作人员作为您的代理人有特殊限制。请让机构中的工作人员为您说明此类限制。
7. 在指定某人作为您的医疗代理人之前，请与他/她讨论此事，以确保他/她愿意成为您的代理人。请告知您所选之人，他/她将成为您的医疗代理人。请与代理人讨论您的医疗意愿以及本表格的内容。请务必给他/她一份签名副本。您的代理人不会因出于善意的医疗决策而被起诉。
8. 如果您已经指定了您的配偶作为医疗代理人，但您们后来离婚或合法分居了，根据法律，除非您另有说明，否则您的前任配偶不能再作为您的代理人。如果您希望前任配偶继续担任您的代理人，您可以在本表格上注明这一点，并注明日期，或者填写一份新表格来委任您的前任配偶。
9. 即使您已签署本表格，只要您有能力，就有权自主进行医疗决策，并且如果您反对，就不能给您提供或停止治疗，您的代理人也无权反对。
10. 您可以通过口头或书面形式告知代理人或医疗服务提供方，取消您赋予代理人的权力。
11. 指定医疗代理人为自愿行为。所有人都无权要求您指定代理人。
12. 您可在本表上注明您对器官和/或组织捐赠的意愿或指示。

---

# 常见问题

## 我为什么应该选择一位医疗代理人？

如果您无法（即使是暂时无法）做出医疗决策，那么必须由他人代替您做出决策。因此医疗服务提供方经常会向家庭成员寻求指导。家庭成员可以表达他们认为您的意愿与某项治疗有哪些关联。指定代理人可以让您通过以下方式管理您的医疗：

- 让代理人遵照您的意愿代表您做出医疗决策；
- 选择您认为能做出最佳决策的一个人来做医疗决策；
- 选择不会与家庭成员和/或重要人员之间产生冲突或困惑的一个人。

如果您的首选人员无法为您做出决策，您也可以指定一位替补代理人来接管。

## 谁可以成为医疗代理人？

任何年满 18 岁的人都可以成为医疗代理人。您指定的代理人或替补代理人不得作为证人在您的医疗授权书上签字。

## 我该如何指定医疗代理人？

所有年满 18 且智力正常的成年人都可以通过签署一份名为“医疗授权书”的表格来指定一位医疗代理人。无需律师或公证人，仅需两位成年证人。代理人不得作为证人签字。您可打印此表，但不一定要使用此表。

## 我的医疗代理人会在何时开始为我做医疗决策？

在医生判定您无法自主做出医疗决策后，医疗代理人将开始为您做医疗决策。只要您有能力，您都有权为自己做医疗决策。

## 我的医疗代理人可以做哪些医疗决策？

除非您限制医疗代理人的权力，否则医疗代理人可以做出任何您原先能为自己做出的医疗决策。代理人可以根据您的意愿和利益同意您接受治疗、选择不同的治疗方式以及决定不提供治疗。但代理人只有在他/她从您所说或所写的内容中了解到您的意愿后，才能对人工营养和补液（通过饲管或静脉注射管提供营养和水）做出决策。医疗授权书不会授权给您的代理人为您做出非医疗决策，例如财务决策。

## 如果我年轻且健康，为何仍需指定医疗代理人？

即使您并非老人或病入膏肓，指定一位医疗代理人仍然是一个明智之选。如果您无法（即使是暂时无法）做出医疗决策，医疗代理人可以代您行事（比如在全身麻醉下或因意外事故而陷入昏迷时就可能发生这种情况）。当您能再次自主做出医疗决策时，医疗代理人将不再被授权行事。

## 我的医疗代理人将如何做出决策？

您的代理人必须遵循您的意愿，以及您的道德和宗教信仰。您可以在医疗授权书上写明指示，或者直接与医疗代理人讨论相关事宜。

## 我的医疗代理人如何得知我的意愿？

与您的医疗代理人开诚布公地讨论您的意愿，更有利于他/她为您的利益服务。如果您的医疗代理人不知道您的意愿或信仰，其在法律层面必须按您的最佳利益行事，因为这是您指定的医疗代理人的一项重要责任，您应该与代理人讨论，在不同类型的情况下，您接受或拒绝哪种类型的治疗，例如：

---

## 常见问答，续

- 如果您处于永久昏迷状态，您是否希望开始/继续/放弃生命援助；
- 如果您患有绝症，您是否希望开始/继续/放弃治疗；
- 以及在何种类型的情况下，您是否希望开始/暂停/继续/撤销人工营养和补液。

### 我的医疗代理人能否否决我的意愿或先前的治疗指示？

不能。您的医疗代理人有义务根据您的意愿做出决策。如果您已明确表达特定的意愿，或给出了特定的治疗指示，代理人有责任遵循此类意愿或指示，除非他/她有充分的信念依据表明您的意愿已变更或不适用。

### 谁会关注我的代理人？

所有医院、疗养院、医生和其他医疗服务提供方在法律上都必须向您的医疗代理人提供本应提供给您的一致信息，并像尊重您做出的决策一样尊重代理人的决策。如果医院或疗养院反对某些治疗方案（例如取消某些治疗），他们必须在入院前或入院时，在合理的可能情况下告诉您或您的代理人。

### 如果我的医疗代理人在必须做出决策时不在，该怎么办？

如果您的医疗代理人无法、不能或不愿在必须做出决策时采取行动，您可以指定一位替补代理人为您做出决策。否则，医疗服务提供方将遵循您在有能力时下达的指示来为您做出医疗决策。在此类情况下，您在医疗授权书上所写的任何指示都将指导医疗服务提供方。

### 如果我改变想法该怎么办？

要撤销您的医疗授权书、改变您所选的医疗代理人或者改变您在此表格上的任何指示或限制都十分简单。只需填写一份新表格即可。此外，您也可以注明您的医疗授权书会在某一特定日期或某些事件发生时失效。否则，此医疗授权书将永久有效。

如果您选择配偶作为您的医疗代理人或替补代理人，但您们离婚或合法分居了，则将自动取消对配偶的指定。但是，如果您希望前任配偶继续担任您的代理人，您可以在本表格上注明这一点，并注明日期，或者填写一份新表格来委任您的前任配偶。

### 我的医疗代理人能否对代我做出的决策承担法律责任？

不能。医疗代理人无需对出于善意代您所做的医疗决策负责。此外，他/她也无需因为代理人身份而对您的护理费用负责。

### 医疗授权书是否相当于遗嘱？

不是。遗嘱是一份提供有关医疗决策的具体指示文件。您可将此类指示写入医疗授权书。医疗授权书允许您选择信任的人代您做出医疗决策。与遗嘱不同，医疗授权书不需要您事先了解所有可能产生的决策。相反，医疗代理人可以随医疗情况的变化来解读您的意愿，并可以做出您事先并不知道决策。

### 签署医疗授权书后，我应该将其存放在何处？

给您的代理人、医生、律师以及您想要的任何其他家庭成员或密友一份副本。在您的钱包或皮包中存放一份副本，或将之与其他重要文件放在一起，但请勿放在诸如保险箱之类的无人能接触到的地方。如果您住院，

---

## 常见问答，续

即使是做小型外科手术或门诊手术，也要携带一份副本。

### **我是否可以使用医疗授权书来表明我关于器官和/或组织捐赠的意愿？**

可以。在医疗授权书上使用可选的器官和组织捐赠部分，并确保该部分内容由两人见证。您可以指明将您的器官和/或组织用于移植、研究或教育目的。应在委托书的这一部分内容中注明与您的意愿相关的任何限制。**如果没有在医疗授权书上写明您的意愿和指示，并不意味着您不愿成为器官和/或组织捐赠者。**

### **我的医疗代理人是否可以代我做出关于器官和/或组织捐赠的决策？**

可以。截至 2009 年 8 月 26 日，医疗代理人都被授权可在您离世后做出决策，但仅限于有关器官和/或组织捐赠的决策。医疗代理人必须按您医疗授权书上的说明做决策。

### **如果我此次选择不说明我的意愿，谁可以同意捐赠？**

重点是要向您的医疗代理人、您的指定死者代理人（如已指定）以及您的家庭成员说明您对器官和/或组织捐赠的意愿。纽约法律提供了一份可代您同意器官和/或组织捐赠的授权人名单。他们按优先顺序排列：您的医疗代理人、您的死者代理人、您的配偶（如果您们没有合法分居）或同居伴侣、年满 18 岁的子女、您的父母之一、年满 18 岁的兄弟姐妹、或法院在捐赠人去世前指定的监护人。

# 医疗授权书表格说明

## 条款 (1)

写下您所选的代理人的姓名、家庭地址和电话号码。

## 条款 (2)

如果您想指定替补代理人，写下您所选替补代理人的姓名、家庭地址和电话号码。

## 条款 (3)

除非您设定了失效日期或到期条件，否则您的医疗授权书将保持永久有效。本部分内容可选，只有您希望医疗授权书失效时才需填写。

## 条款 (4)

如果您对代理人有特殊指示，请写在此处。此外，如果您希望以任意方式限制代理人的权力，都可以在此说明，或与您的医疗代理人讨论相关事宜。如果您没有说明任何限制，将允许代理人做出您原先可以做出的所有医疗决策，包括决定同意或拒绝维持生命的治疗。

如果您想赋予代理人更广泛的权力，可以在表格上直接进行操作。只需写上：*本人已与医疗代理人和替补代理人讨论了本人的意愿，他们已知悉本人的意愿，包括关于人工营养和补液的事宜。*

如果您想给出更具体的指示，可以写：

*如果本人患有不治之症，本人愿意/拒绝接受以下类型的治疗：.....*

*如果本人处于昏迷状态或意识不清，毫无康复希望，那么本人愿意/拒绝接受以下类型的治疗：.....*

*如果本人有脑损伤或脑部疾病，致使本人无法辨认人或说话，且本人病情毫无改善希望，本人愿意/拒绝接受以下类型的治疗：.....*

*本人已与代理人讨论了本人关于\_\_\_\_\_的意愿，并且本人希望代理人能对这些措施做出所有决策。*

以下所列是您可能希望给代理人做出特别指示的医学治疗实例。这并非完整的列表：

- 人工呼吸
- 人工营养和补液（通过饲管提供营养和水）
- 心肺复苏（术）(CPR)
- 抗精神病药
- 电击治疗
- 抗生素
- 手术程序
- 透析
- 移植
- 输血
- 人工流产
- 绝育

## 条款 (5)

您必须在此医疗授权书上注明日期并签名。如果您自己无法签名，可以指导其他人在您面前代为签名。请务必注明您的地址。

## 条款 (6)

您可在表上注明您对器官和/或组织捐赠的意愿或指示。纽约法律规定了某些人员可按优先顺序代您同意器官和/或组织捐赠：您的医疗代理人、您的死者代理人、您的配偶（如果您们没有合法分居）或同居伴侣、年满 18 岁的子女、您的父母之一、年满 18 岁的兄弟姐妹、或法院在捐赠人去世前指定的监护人。

## 条款 (7)

必须有两名年满 18 岁的证人在此医疗授权书上签字。您指定的代理人或替补代理人不得作为证人签字。

# 医疗授权书

(1) 本人, \_\_\_\_\_

特此指定 \_\_\_\_\_

(姓名、家庭地址和电话号码)

作为本人的医疗代理人, 为本人做出任何和所有医疗决策 (除非本人另有说明)。本委托书只有在本人无法自主做出医疗决策时才会生效。

(2) 可选: 替补代理人

如果本人的指定人员不能、不愿或无法担任本人的医疗代理人, 本人特此

指定 \_\_\_\_\_

(姓名、家庭地址和电话号码)

作为本人的医疗代理人, 为本人做出任何和所有医疗决策 (除非本人另有说明)。

(3) 除非本人撤销该委托书或说明失效日期或失效情况, 否则本委托书将永久有效。 (可选: 如果您希望本委托书失效, 请在此说明日期或条件。) 本委托书将失效 (注明日期或条件): \_\_\_\_\_

(4) 可选: 本人指示本人的医疗代理人根据本人的意愿和限制做出医疗决策, 正如其所知或如下所述。 (如果您想限制代理人为您做医疗决策的权力, 或想下达具体指示, 可在此说明您的意愿或限制。) 本人指示本人的医疗代理人根据以下限制和/或指示做医疗决策 (如有必要, 请添加附页): \_\_\_\_\_

为了让代理人为您做出有关人工营养和补液 (通过饲管和静脉注射管提供营养和水) 的医疗决策, 您的代理人必须适当了解您的意愿。您可以告诉代理人您的意愿, 或者在本部分写明此类意愿。如果您选择将意愿 (包括您对人工营养和补液的意愿) 写入此表, 请查阅说明, 您可以使用其中的例句。

**(5) 您的身份信息** (请使用正楷书写)

姓名 \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

**(6) 可选：器官和/或组织捐赠**

本人在此做出以下器官捐献，在本人过世后生效：  
(请勾选任何适用的内容)

任何所需的器官和/或组织

以下器官和/或组织 \_\_\_\_\_

限制 \_\_\_\_\_

如果您未在此表上说明您对器官和/或组织捐赠的意愿或指示，这并非意味着您不愿进行捐赠，或阻止获法律授权者代表您同意进行捐赠。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**(7) 证人声明** (证人必须年满18岁且非医疗代理人或替补医疗代理人。)

本人声明，本人认识签署本文件的人员，其心智健全，且按其自由意志行事。他/她在本人面前签署了(或请他人代为签署)本份文件。

日期 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

证人 1 姓名 \_\_\_\_\_ 证人 2 姓名 \_\_\_\_\_  
(正楷) (正楷)

签名 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_

