

S1 Fig. Korean version of forms 1, 9-13

1. Korean version of Form 1.

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식] <개정 2018. 2. 2.>

(알록)

연명의료계획서

* 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다

* 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

등록번호		
환자	성 명	주민등록번호
	주 소	
	전화번호	
	환자 상태	[] 말기환자 [] 임종과정에 있는 환자
담당의사	성 명	면허번호
	소속 의료기관	
연명의료 중단등결정 (항목별로 선택합니다)	[] 심폐소생술	[] 인공호흡기 착용
	[] 혈액투석	[] 항암제 투여
호스피스의 이용 계획	[] 이용 의향이 있음	[] 이용 의향이 없음
	담당의사 설명사항 확인	[] 환자의 질병 상태와 치료방법에 관한 사항 [] 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 관한 사항 [] 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항 [] 의료기관윤리위원회의 이용에 관한 사항
확인 방법		[] 서명 또는 기명날인 년 월 일 성명 (서명 또는 인) [] 녹화 [] 녹취 * 법정대리인 년 월 일 성명 (서명 또는 인) (환자가 미성년자인 경우에만 해당합니다)
환자 사망 전 열람허용 여부	[] 열람 가능	[] 열람 거부 [] 그 밖의 의견

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제10조 및 같은 법 시행규칙 제3조에 따라 위와 같이 연명의료계획서를 작성합니다.

년 월 일

담당의사

(서명 또는 인)

2. Korean version of form 9

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 [별지 제9호서식]

임종과정에 있는 환자 판단서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않습니다.

등록번호	※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.		
환자	성명	생년월일	
	진단명		
담당의사	성명	면허번호	
	소속 의료기관		
	판단 내용		
	판단일시 년 월 일 (서명 또는 인)		
전문의를	성명	전문과목	전문의 자격 인정번호
	소속 의료기관		
	판단 내용		
	판단일시 년 월 일 (서명 또는 인)		

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제16조 및 같은 법 시행규칙 제12조에 따라 위와 같이 환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단 결과를 기록합니다.

년 월 일

담당의사 : (서명 또는 인)

3. Korean version of form 10

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 [별지 제10호서식] <개정 2018. 2. 2.>

연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(사전연명의료의향서)

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.

※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

등록번호		
환자	성명	주민등록번호

[] 환자가 의사능력이 있는 경우

사전연명의료의향서	[] 등록된 의향서 있음	
	조회 일자	등록번호

위 환자에 대하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제17조에 따라 조회된 사전연명의료의향서의 내용을 환자 본인에게 확인하였습니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)

면허번호

[] 환자가 의사능력이 없는 경우

사전연명의료의향서	[] 등록된 의향서 있음	
	조회 일자	등록번호

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제17조에 따라 해당 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단 하에 조회된 사전연명의료의향서가 같은 법 제2조제4호의 범위에서 같은 법 제12조에 따라 작성되었다는 사실을 확인하였습니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)

면허번호

해당 분야의 전문의 성명 소속 의료기관

전문과목 전문의 자격 인정번호 (서명 또는 인)

4. Korean version of form 11

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 [별지 제11호서식] <개정 2018. 2. 2.>

연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(환자가족 진술)

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

등록번호		
환자	성 명	주민등록번호
연명의료 중단등 결정 (항목별로 선택 합니다)	[] 심폐소생술	[] 인공호흡기 착용
	[] 혈액투석	[] 항암제 투여
환자가족	총 명	※ 19세 이상인 사람만 해당합니다.
진술 내용	환자가족 성명	진술 내용
	필요시 칸 추가	

위 환자의 환자가족으로서 환자가 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 연명의료중단등에 관한 의사를 일관하여 표시하였다는 점에 대하여 위와 같이 진술합니다.

연번	환자가족 성명	환자와의 관계	주민등록번호	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)
3					(서명 또는 인)
4	필요시 칸 추가				(서명 또는 인)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제17조제1항제3호에 따라 환자가족이 위와 같이 진술하였음을 확인합니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)

면허번호

해당 분야의 전문의 성명 소속 의료기관

전문과목 전문의 자격 인정번호 (서명 또는 인)

유의사항

1. 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우에만 작성할 수 있습니다.
2. 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 환자의 의사에 대하여 환자가족 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우 해당 1명의 진술을 말합니다)을 하여야 합니다.
3. 환자가족은 19세 이상인 자로서 ①배우자, ②직계비속, ③직계존속, ④형제자매(①~③에 해당하는 사람이 없는 경우만 해당합니다)를 말합니다.
4. 환자가족의 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 객관적인 증거가 있는 경우에는 작성할 수 없습니다.
5. 담당의사와 해당분야의 전문의가 환자의 의사를 확인하는 경우에는 해당 환자의 가족관계증명서를 확인하여야 합니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

5. Korean version of form 12

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 [별지 제12호서식]

연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 환자가족 의사 확인서

* 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.

* 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

등록번호		
환자	성명	생년월일
연명의료 중단등 결정 (항목별로 선택합니다)	<input type="checkbox"/> 심폐소생술	<input type="checkbox"/> 인공호흡기 착용
	<input type="checkbox"/> 혈액투석	<input type="checkbox"/> 항암제 투여

환자가 미성년자인 경우

위 환자의 법정대리인(친권자)으로서 환자의 연명의료중단등결정에 대하여 위와 같이 의사를 표시합니다.

연번	친권자 성명	환자와의 관계	생년월일	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)

환자가족 전원의 의견이 필요한 경우

위 환자의 환자가족으로서 환자의 연명의료중단등결정에 대하여 환자가족 전원의 합의로 위와 같이 의사를 표시합니다.

연번	환자가족 성명	환자와의 관계	생년월일	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)
3					(서명 또는 인)
4	필요시 칸 추가				(서명 또는 인)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료결정에 관한 법률」 제18조제1항에 따라 환자의 의사를 확인할 수 없고, 해당 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태에 해당하여 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자) 또는 환자가족이 위와 같은 의사표시를 하였음을 확인합니다.

년 월 일

담당의사 성명 소속 의료기관 (서명 또는 인)

면허번호

해당 분야의 전문의 성명 소속 의료기관

전문과목 전문의 자격 인정번호 (서명 또는 인)

유의사항

- 경찰관서에 행방불명 사실이 신고된 날부터 3년 이상 경과한 사람, 실종선고를 받은 사람, 의식불명 또는 이에 준하는 사유로 자신의 의사를 표명할 수 없다고 의학적으로 판단을 받은 사람은 환자가족에서 제외됩니다.
- 담당의사 또는 해당분야의 전문의가 환자의 연명의료중단등결정을 확인하는 경우에는 해당 환자의 가족관계증명서를 확인하여야 합니다.
- 담당의사 또는 해당분야의 전문의 1명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우에는 작성할 수 없습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

6. Korean version of form 13

■ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 [별지 제13호서식]

연명의료중단등결정 이행서

* []에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

환자	성명	생년월일
이행 담당의사	성명	면허번호
	소속 의료기관	
이행 의료기관	의료기관 명칭	요양기관기호
	소재지	전화번호
이행 일시	년 월 일 시 분	
이행 내용	<input type="checkbox"/> 심폐소생술 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 착용 <input type="checkbox"/> 혈액투석 <input type="checkbox"/> 항암제 투여	
환자 의사의 확인방법	<input type="checkbox"/> 별지 제1호서식의 연명의료계획서(법 제17조제1항제1호) <input type="checkbox"/> 별지 제10호서식의 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(사전연명의료의향서) (법 제17조제1항제2호) <input type="checkbox"/> 별지 제11호서식의 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(환자가족 진술) (법 제17조제1항제3호) <input type="checkbox"/> 별지 제12호서식의 연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 환자가족 의사 확인서(법 제18조)	

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제19조 및 같은 법 시행규칙 제15조에 따라 위와 같이 연명의료중단등결정 이행 과정 및 결과를 기록합니다.

년 월 일

담당의사

(서명 또는 인)