

증인 진술서

환자 성명: \_\_\_\_\_ (이하 “환자”)

본인 \_\_\_\_\_ (증인 1 성명) 및

본인 \_\_\_\_\_ (증인 2 성명)은(는) 이 “삶을 마감하기

위한 약물 요청서”에 서명하는 사람에 관해 각자 다음과 같이 진술합니다.

1. 본인이 개인적으로 아는 사람이거나, 신원 증명 서류를 제시한 사람입니다.
2. 본인이 보는 앞에서 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 자발적으로 서명했거나, 서명했다는 사실을 본인에게 확인해 주었습니다.
3. 본인이 알고 믿는 바로는 의사결정 능력이 있고, 자신의 의지에 따라 자발적으로 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”를 작성하고 있으며, “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 서명하도록 강요받고 있지 않습니다.

본인은 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”가 서명된 시점에, “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 서명하는 사람의 주치의나 자문 의사가 아니며, “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 서명하는 사람의 의사결정 능력을 판정한 정신 건강 전문가도 아닙니다.

또한 본인은 위증 시 처벌받을 수 있음을 알고, 이 진술서의 내용이 사실이고 정확하며 이 진술서에 허위 내용을 기재할 경우 처벌 대상이 된다는 것을 진술합니다.

또한 본인은 다음 중 어디에도 해당하지 않음을 진술합니다.

1. 혈연, 혼인 또는 입양으로 환자와 친족 관계에 있는 사람
2. 유언이나 법률에 따라 환자가 사망하면 그 유산의 일부라도 받을 권리가 있는 사람, 또는 그 밖에 환자의 사망으로 금전적 이익을 얻을 수 있는 사람
3. 환자가 치료를 받고 있거나 입소해 있는 의료 시설의 소유자, 운영자, 직원 또는 독립 계약자
4. 뉴욕주 가족의료결정법(Family Health Care Decisions Act), 공중보건법(Public Health Law) 제2994-a(7)조에 정의된, 환자의 동거인
5. 공중보건법 제2980(5)조에 규정된, 환자의 건강 관리 위임장에 따른 건강 관리 대리인
6. 일반채무법(General Obligations Law) 제5-1501(2)조에 규정된, 환자의 위임장에 따른 대리인

증인 1 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

증인 2 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

## 삶을 마감하기 위한 약물 요청서

본인 \_\_\_\_\_ (환자 성명)은(는) 뉴욕주에 거주하는 성인으로서, 말기 질환 또는 상태인 \_\_\_\_\_ (말기 질환 또는 상태의 명칭)을(를) 진단받았습니다. 본인의 주치의가 판정하고 자문 의사가 확인한 바에 따르면, 본인의 말기 질환 또는 상태는 치료가 불가능하고 되돌릴 수 없으며, 합리적인 의학적 판단상 치료 여부와 관계없이 6개월 이내에 사망에 이르게 될 질환 또는 상태입니다.

본인의 주치의, 자문 의사 및 정신 건강 전문가는 본인에게 의사결정 능력이 있다는 데 동의합니다. 여기서 의사결정 능력이란 본인이 의료 조력 사망(Medical Aid in Dying)의 이점, 위험 및 대안을 포함하여 그 성격과 결과를 이해하고 인식하며, 의료 조력 사망에 관해 충분한 정보에 근거한 결정을 내리고 그 결정을 주치의에게 전달할 수 있는 능력을 말합니다.

본인은 자신의 진단과 예후, 처방될 약물의 성격과 그에 따른 잠재적 위험, 예상되는 결과, 그리고 완화 의료와 호스피스 케어를 포함하되 이에 국한되지 않는 실현 가능한 대안 및 치료 선택지에 관해 충분히 설명을 들었습니다.

본인은 주치의에게, 본인이 복용하기로 선택하면 본인의 삶을 마감하게 할 약물을 처방해 줄 것을 요청하며, 이 요청과 관련하여 주치의가 다른 의사 또는 약사에게 연락할 수 있도록 권한을 부여합니다.

### 다음 중 하나에 이니셜을 기재하십시오.

(\_\_\_\_\_) 본인의 결정을 가족 중 한 명 이상에게 알렸거나 알릴 예정입니다.

(\_\_\_\_\_) 본인의 결정을 가족 누구에게도 알리지 않기로 했습니다.

(\_\_\_\_\_) 본인의 결정을 알릴 가족이 없습니다.

본인은 언제든지 이 요청을 철회하거나 약물을 사용하지 않기로 결정할 권리가 있음을 이해합니다.

본인은 이 요청의 중요성을 이해하며, 처방될 약물을 복용하면 사망할 것으로 예상합니다. 또한 본인은 대부분의 경우 3시간 이내에 사망에 이르지만 본인의 경우 더 오래 걸릴 수 있다는 점을 이해하며, 주치의로부터 이러한 가능성에 대해 상담을 받았습니다.

본인은 강요 없이 본인의 자유의지에 따라 자발적으로 이 요청을 하며, 본인의 행동에 대해 전적인 책임을 집니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

### 증인 1 (“증인 진술서”가 이 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 첨부됨)

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

성명(정자로 기재): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

### 증인 2 (“증인 진술서”가 이 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 첨부됨)

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

성명(정자로 기재): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

## 통역사 진술서(해당하는 경우)

환자 성명: \_\_\_\_\_ (이하 “환자”)

본인 \_\_\_\_\_ (통역사 성명)은(는) 다음과 같이 진술합니다.

### (아래 두 항목 중 하나에 표시하십시오)

☐ 대화나 상담(통역을 통한 대화나 상담 포함)이 영어 이외의 언어로 진행되었으며 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”는 영어로 작성된 환자의 경우: 본인은 영어와 \_\_\_\_\_ (이하 “대상 언어”)에 능통함을 진술합니다. 본인은 주치의 또는 자문 의사와 환자 간에 공유되는 정보와 의사소통을 효과적이고 정확하게 공정하게 통역하는 데 필요한 언어 능력과 통역 능력을 갖추고 있습니다.

본인은 \_\_\_\_\_ (날짜/시간)에 의사와 환자 간에 전달된 의사소통과 정보를 본인의 지식과 능력을 다해 공정하고 최대한 정확하며 완전하게 통역하였고, “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”를 대상 언어로 환자에게 읽어 주었음을 증명합니다.

환자는 강요 없이 환자 자신의 의지에 따라 자발적으로 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 서명하기를 원한다는 뜻을 본인에게 분명히 밝혔습니다.

☐ 언어, 청각 또는 시각 장애가 있는 환자의 경우: 본인은 환자와 의사소통하는 데, 그리고 주치의 또는 자문 의사와 환자 간에 공유되는 정보와 의사소통을 효과적이고 정확하게 공정하게 읽어 주거나 통역하는 데 필요한 언어, 읽기 및/또는 통역 능력을 갖추고 있음을 진술합니다.

본인은 \_\_\_\_\_ (날짜/시간)에 의사와 환자 간에 전달된 의사소통과 정보를 본인의 지식과 능력을 다해 공정하고 최대한 정확하며 완전하게 통역하였고, 효과적인 의사소통을 위해 필요한 경우 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”를 환자에게 읽어 주거나 통역해 주었음을 증명합니다.

환자는 강요 없이 환자 자신의 의지에 따라 자발적으로 “삶을 마감하기 위한 약물 요청서”에 서명하기를 원한다는 뜻을 본인에게 분명히 밝혔습니다.

본인은 다음 중 어디에도 해당하지 않음을 진술합니다.

1. 혈연, 혼인 또는 입양으로 환자와 친족 관계에 있는 사람
2. 유언이나 법률에 따라 환자가 사망하면 환자 유산의 일부라도 받을 권리가 있는 사람, 또는 그 밖에 환자의 사망으로 금전적 이익을 얻을 수 있는 사람
3. 환자가 치료를 받고 있거나 입소해 있는 의료 시설의 소유자, 운영자, 직원 또는 독립 계약자(단, 본인이 해당 의료 시설에서 직무의 일부로 통역 서비스를 제공하고 있는 경우, 또는 통역 교육을 받았고 환자가 이 진술서에 명시된 목적으로 본인에게 통역 서비스를 요청한 경우는 예외)
4. 뉴욕주 가족의료결정법(Family Health Care Decisions Act), 공중보건법(Public Health Law) 제2994-a(7)조에 정의된, 환자의 동거인
5. 공중보건법 제2980(5)조에 규정된, 환자의 건강 관리 위임장에 따른 건강 관리 대리인
6. 일반채무법(General Obligations Law) 제5-1501(2)조에 규정된, 환자의 위임장에 따른 대리인

또한 본인은 이 진술서의 내용이 사실이고 정확하며, 이 진술서에 허위 내용을 기재할 경우 위증죄로 처벌받을 수 있음을 진술합니다.

작성 장소: \_\_\_\_\_ (시, 카운티 및 주)

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

성명(정자로 기재): \_\_\_\_\_

통역사가 교육을 받은 기관: \_\_\_\_\_

통역사가 교육을 받은 기관의 주소: \_\_\_\_\_

통역사가 구사하는 대상 언어: \_\_\_\_\_