

见证人声明

患者姓名：_____（下称“患者”）

本人_____（见证人 1 姓名），以及

本人_____（见证人 2 姓名）在此各自声明，

签署此“终止生命药物申请表”之人：

1. 为我本人所熟知，或已提供身份证明；
2. 在本人在场时自愿签署了此“终止生命药物申请表”，或向本人确认其签署了该申请表；且
3. 据本人所知所信，其具备决策能力，并且是自愿、出于其意愿签署此“终止生命药物申请表”，签署时并未受到胁迫。

在此“终止生命药物申请表”签署之时，本人并非此申请表签署人的主治医师或会诊医师，亦非为此申请表签署人提供决策能力评定的心理健康专业人员。

本人进一步声明，受伪证罪约束，本人在此所作陈述均真实且正确，若有虚假陈述将受到处罚。

本人进一步声明，本人并非：

1. 与患者有血缘、婚姻或收养关系的亲属；
2. 有权根据任何遗嘱或依法在患者死亡时继承其任何遗产之人，并且本人无任何立场以其他方式从患者的死亡中获得经济利益；
3. 患者正在接受治疗或居住的医疗保健机构的所有者、经营者、雇员或独立承包商；
4. 患者的家庭伴侣，定义见纽约《家庭医疗保健决策法》(Family Health Care Decisions Act)、《公共卫生法》(Public Health Law) 第 2994-a(7) 条；
5. 依据《公共卫生法》第 2980(5) 条，患者医疗保健委托书项下的医疗保健代理人；或
6. 依据《一般义务法》(General Obligations Law) 第 5-1501(2) 条，患者授权委托书项下的代理人。

见证人 1 签名：_____ 日期：_____

地址：_____

见证人 2 签名：_____ 日期：_____

地址：_____

终止生命药物申请表

本人 _____ (患者姓名)，是一名成年的纽约州居民，已被诊断患有 _____ (终末期疾病或病症名称)，这是一种终末期疾病或病症。我的主治医师已认定，并且一名会诊医师已确认，我的终末期疾病或病症是一种无法治愈且不可逆转的疾病或病症，根据合理的医学判断，无论是否提供治疗，我都将在 6 个月内导致死亡。

我的主治医师、会诊医师和心理健康专业人员一致认同我具备决策能力，这意味着我了解并理解医疗辅助死亡 (Medical Aid in Dying) 的性质和后果，包括其益处、风险和替代方案，并且我有能力就医疗辅助死亡做出知情决定，并将我的决定告知我的主治医师。

我已充分知悉我的诊断和预后、拟开具药物的性质及相关潜在风险、预期结果，以及可行的替代方案和治疗选择，包括但不限于姑息治疗和临终关怀。

我特此申请由我的主治医师开具在我选择服用时将结束我生命的药物，并且我授权我的主治医师就此申请联系另一名医师或任何药剂师。

请在以下其中一项前签写姓名首字母：

(_____) 我已告知或打算告知一名或多名家庭成员我的决定。

(_____) 我已决定不告知任何家庭成员我的决定。

(_____) 我没有可以告知此决定的家庭成员。

我了解，我有权在任何时候撤回此申请或拒绝使用该药物。

我了解此申请的重要含义，并确知我在服用拟开具的药物后将会死亡。我还了解，虽然多数人在用药后 3 小时内死亡，但我的死亡可能需要更长时间，并且我的主治医师已就此可能性向我作了说明。

我是自愿、出于本人意愿且未被胁迫地提出此申请，并且我对自己的行为承担全部责任。

签名：_____ 日期：_____

见证人 1 (“见证人声明”已附于此“终止生命药物申请表”)

签名：_____ 日期：_____

姓名 (正楷)：_____

地址：_____

见证人 2 (“见证人声明”已附于此“终止生命药物申请表”)

签名：_____ 日期：_____

姓名 (正楷)：_____

地址：_____

口译员声明（如适用）

患者姓名：_____（下称“患者”）

本人_____（口译员姓名）：

（请勾选以下两项中的其中一项）

☐ 适用于患者的谈话或咨询、或经口译的谈话或咨询是以英语以外的语言进行，且“终止生命药物申请表”为英文时的情形：
本人声明，本人精通英语和_____（下称“目标语言”）。本人具备必要的语言和口译技能，能够有效、准确和公正地口译主治或会诊医师与患者之间分享的信息和沟通内容。

本人证明，在_____（日期/时间），本人公正地、且尽本人所知所能尽可能准确和完整地口译了医师与患者之间传达的沟通内容和信息，并以目标语言向患者宣读了“终止生命药物申请表”。

患者向本人确认，其希望自愿、出于其意愿且未被胁迫地签署“终止生命药物申请表”。

适用于患者有言语、听力或视力残疾时的情形：本人声明，本人具备必要的语言、阅读和/或口译技能，能够与患者进行

☐ 交流，并且能够有效、准确和公正地阅读和/或口译主治或会诊医师与患者之间分享的信息和沟通内容。

本人证明，在_____（日期/时间），本人公正地、且尽本人所知所能尽可能准确和完整地口译了医师与患者之间传达的沟通内容和信息，并在为了有效沟通而需要时，向患者宣读或口译了“终止生命药物申请表”。

患者向本人确认，其希望自愿、出于其意愿且未被胁迫地签署“终止生命药物申请表”。

本人声明，本人并非：

1. 与患者有血缘、婚姻或收养关系的亲属；
2. 有权根据任何遗嘱或依法在患者死亡时继承其任何遗产之人，并且本人无任何立场以其他方式从患者的死亡中获得经济利益；
3. 患者正在接受治疗或居住的医疗保健机构的所有者、经营者、雇员或独立承包商；或者本人作为该医疗保健机构岗位职贵的一部分提供口译服务；或本人已接受提供口译服务的培训，且患者请求本人为本声明所述目的提供口译服务；
4. 患者的家庭伴侣，定义见纽约《家庭医疗保健决策法》(Family Health Care Decisions Act)、《公共卫生法》(Public Health Law) 第 2994-a(7) 条；
5. 依据《公共卫生法》第 2980(5) 条，患者医疗保健委托书项下的医疗保健代理人；或
6. 依据《一般义务法》(General Obligations Law) 第 5-1501(2) 条，患者授权委托书项下的代理人。

本人进一步声明，本声明内容真实且正确，其中若有虚假陈述将依伪证罪受到处罚。

签署于：_____（城市、县和州）

签名：_____ 日期：_____

姓名（正楷）：_____

口译员接受培训的机构：_____

口译员接受培训的机构地址：_____

口译员所讲的目标语言：_____