

見證人聲明

患者姓名：_____（下稱「患者」）

本人 _____（見證人 1 姓名），以及

本人 _____（見證人 2 姓名）在此各自聲明，

簽署此「終止生命藥物申請表」之人：

1. 為我本人所熟知，或已提供身分證明；
2. 在本人在場時自願簽署了此「終止生命藥物申請表」，或向本人確認其簽署了該申請表；且
3. 據本人所知所信，其具備決策能力，並且是自願、出於其意願簽署此「終止生命藥物申請表」，簽署時並未受到脅迫。

在此「終止生命藥物申請表」簽署之時，本人並非此申請表簽署人的主治醫師或會診醫師，亦非為此申請表簽署人提供決策能力評定的心理健康專業人員。

本人進一步聲明，受偽證罪約束，本人在此所作陳述均真實且正確，若有虛假陳述將受到處罰。

本人進一步聲明，本人並非：

1. 與患者有血緣、婚姻或收養關係的親屬；
2. 有權根據任何遺囑或依法在患者死亡時繼承其任何遺產之人，並且本人無任何立場以其他方式從患者的死亡中獲得經濟利益；
3. 患者正在接受治療或居住的醫療保健機構的所有者、經營者、僱員或獨立承包商；
4. 患者的家庭伴侶，定義見紐約《家庭醫療保健決策法》(Family Health Care Decisions Act)、《公共衛生法》(Public Health Law) 第 2994-a(7) 條；
5. 依據《公共衛生法》第 2980(5) 條，患者醫療保健委託書項下的醫療保健代理人；或
6. 依據《一般義務法》(General Obligations Law) 第 5-1501(2) 條，患者授權委託書項下的代理人。

見證人 1 簽名：_____ 日期：_____

地址：_____

見證人 2 簽名：_____ 日期：_____

地址：_____

終止生命藥物申請表

本人 _____ (患者姓名)，是一名成年的紐約州居民，已被診斷患有 _____ (終末期疾病或病症名稱)，這是一種終末期疾病或病症。我的主治醫師已認定，並且一名會診醫師已確認，我的終末期疾病或病症是一種無法治癒且不可逆轉的疾病或病症，根據合理的醫學判斷，無論是否提供治療，我都將在 6 個月內死亡。

我的主治醫師、會診醫師和心理健康專業人員一致認同我具備決策能力，這意味著我瞭解並理解醫療輔助死亡 (Medical Aid in Dying) 的性質和後果，包括其益處、風險和替代方案，並且我有能力就醫療輔助死亡做出知情決定，並將我的決定告知我的主治醫師。

我已充分知悉我的診斷和預後、擬開具藥物的性質及相關潛在風險、預期結果，以及可行的替代方案和治療選擇，包括但不限於姑息治療和臨終關懷。

我特此申請由我的主治醫師開具在我選擇服用時將結束我生命的藥物，並且我授權我的主治醫師就此申請聯絡另一名醫師或任何藥劑師。

請在以下其中一項前簽寫姓名首字母：

(_____) 我已告知或打算告知一名或多名家庭成員我的決定。

(_____) 我已決定不告知任何家庭成員我的決定。

(_____) 我沒有可以告知此決定的家庭成員。

我瞭解，我有權在任何時候撤回此申請或拒絕使用該藥物。

我瞭解此申請的重要含義，並確知我在服用擬開具的藥物後將會死亡。我還瞭解，雖然多數人在用藥後 3 小時內死亡，但我的死亡可能需要更長時間，並且我的主治醫師已就此可能性向我作了說明。

我是自願、出於本人意願且未被脅迫地提出此申請，並且我對自己的行為承擔全部責任。

簽名：_____ 日期：_____

見證人 1 (「見證人聲明」已附於此「終止生命藥物申請表」)

簽名：_____ 日期：_____

姓名 (正楷)：_____

地址：_____

見證人 2 (「見證人聲明」已附於此「終止生命藥物申請表」)

簽名：_____ 日期：_____

姓名 (正楷)：_____

地址：_____

口譯員聲明（如適用）

患者姓名：_____（下稱「患者」）

本人 _____（口譯員姓名）：

（請勾選以下兩項中的其中一項）

☐ 適用於患者的談話或諮詢、或經口譯的談話或諮詢是以英語以外的語言進行，且「終止生命藥物申請表」為英文時的情形：
本人聲明，本人精通英語和 _____（下稱「目標語言」）。本人具備必要的語言和口譯技能，能夠有效、準確和公正地口譯主治或會診醫師與患者之間分享的資訊和溝通內容。

本人證明，在 _____（日期/時間），本人公正地、且盡本人所知所能盡可能準確和完整地口譯了醫師與患者之間傳達的溝通內容和資訊，並以目標語言向患者宣讀了「終止生命藥物申請表」。

患者向本人確認，其希望自願、出於其意願且未被脅迫地簽署「終止生命藥物申請表」。

適用於患者有言語、聽力或視力殘疾時的情形：本人聲明，本人具備必要的語言、閱讀和/或口譯技能，能夠與患者進行

☐ 交流，並且能夠有效、準確和公正地閱讀和/或口譯主治或會診醫師與患者之間分享的資訊和溝通內容。

本人證明，在 _____（日期/時間），本人公正地、且盡本人所知所能盡可能準確和完整地口譯了醫師與患者之間傳達的溝通內容和資訊，並在為了有效溝通而需要時，向患者宣讀或口譯了「終止生命藥物申請表」。

患者向本人確認，其希望自願、出於其意願且未被脅迫地簽署「終止生命藥物申請表」。

本人聲明，本人並非：

1. 與患者有血緣、婚姻或收養關係的親屬；
2. 有權根據任何遺囑或依法在患者死亡時繼承其任何遺產之人，並且本人無任何立場以其他方式從患者的死亡中獲得經濟利益；
3. 患者正在接受治療或居住的醫療保健機構的所有者、經營者、僱員或獨立承包商；或者本人作為該醫療保健機構崗位職責的一部分提供口譯服務；或本人已接受提供口譯服務的培訓，且患者請求本人為本聲明所述目的提供口譯服務；
4. 患者的家庭伴侶，定義見紐約《家庭醫療保健決策法》(Family Health Care Decisions Act)、《公共衛生法》(Public Health Law) 第 2994-a(7) 條；
5. 依據《公共衛生法》第 2980(5) 條，患者醫療保健委託書項下的醫療保健代理人；或
6. 依據《一般義務法》(General Obligations Law) 第 5-1501(2) 條，患者授權委託書項下的代理人。

本人進一步聲明，本聲明內容真實且正確，其中若有虛假陳述將依偽證罪受到處罰。

簽署於：_____（城市、縣和州）

簽名：_____ 日期：_____

姓名（正楷）：_____

口譯員接受培訓的機構：_____

口譯員接受培訓的機構地址：_____

口譯員所講的目標語言：_____