



中山醫學大學附設醫院
Chung Shan Medical University Hospital
撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇聲明書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 出生日期：____年____月____日 性別：____ 床號：____

本人_____（或由醫療委任代理人_____）

於民國____年____月____日已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

***意願人**

姓名：_____（請親筆簽名）

國民身分證統一編號：_____

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

地址：_____

聯絡電話：_____

***醫療委任代理人（若無醫療委任代理人，由意願人本人簽署則免填）**

簽名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

簽署日期：中華民國_____年_____月_____日，時間_____：_____（必填）