

### 同意治療表單

#### 客戶與家庭

如果您需要協助才能閱讀此表單，或是有任何疑慮，請諮詢您的醫師或護理師。當我們在此表單上使用「治療」一詞時，我們指的是手術、治療療程或計畫。

客戶姓名 (請以正楷書寫) \_\_\_\_\_

治療： \_\_\_\_\_

我同意接受醫師或醫療服務提供者先前與我討論過的治療。

我同意 \_\_\_\_\_，而且我已經和他們談論過接受此項治療的必要性，以及治療期間會發生的情形。他/她也說明了治療未能發揮作用的機率，以及可能伴隨治療產生的醫療問題。在醫師或醫務人員進行治療時，我也同意接受其他可能需進行的必要治療。我瞭解我的醫師或醫務人員可能會請其他醫師、居民、同事或醫務人員進行這項治療的全部或部分作業。我瞭解此表單所含資訊，而且也已有機會向醫師或醫療服務提供者諮詢過關於治療的問題。

\_\_\_\_\_  
客戶或決策代理人簽名

\_\_\_\_\_  
日期及時間 決策代

\_\_\_\_\_  
理人姓名 (若已於上方簽名)

\_\_\_\_\_  
與客戶的關係

#### 醫師或醫務人員的聲明

我確認我已經向客戶、決策代理人或兩者，說明過此項治療的性質、其相關風險和好處，和可能的替代方案，包含未接受治療的可能後果。

\_\_\_\_\_  
醫師或醫療服務提供者簽名

\_\_\_\_\_  
日期和時間 醫師

\_\_\_\_\_  
或醫療服務提供者簽名 (請以正楷填寫)

\_\_\_\_\_  
見證人簽名

#### 電話同意

我已經透過電話，對口頭授權接受治療之人員即

(勾選一項)            客戶             決策代理人

討論過此項治療和相關的好處及風險

\_\_\_\_\_  
醫師或醫療服務提供者簽名

\_\_\_\_\_  
日期和時間

\_\_\_\_\_  
醫師或醫療服務提供者簽名

\_\_\_\_\_  
見證會話進行之人員簽名

\_\_\_\_\_  
日期和時間