



State of Wisconsin

Department of Health Services (卫生服务部)

Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 填写说明 (Instructions to Complete the Power of Attorney for Health Care Form)

敬启者:

随信附有您申请的 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》)。Wisconsin 的成年人可通过 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 授权他人 (称为 health care agents (医疗保健代理人)) 在其丧失行为能力时代表其做出医疗保健决策。该委托书也可用于同意或拒绝遗体捐献 (捐献遗体的全部或部分, 捐献人死亡即生效)。

请务必仔细阅读全部六 (6) 页委托书的所有内容, 在理解内容后再填写和签字。与您所选的 health care agents (医疗保健代理人) 以及 alternate health care agent (候补医疗保健代理人) 讨论您对医疗的看法与观点。Health care agents (医疗保健代理人) 或候补代理人不能是您的医疗保健提供者、您所就诊的医疗保健机构的员工、或上述人员的配偶, 除非他/她同时还是您的亲属。

需要两名见证人。见证人必须年满 18 周岁, 与您没有血缘、婚姻、同居关系或收养关系, 并且对您的医疗保健不直接承担经济责任。见证人不能是签署文件时为您提供服务的医疗保健提供方或该医疗保健提供方的下属员工, 除非该员工为牧师或社工。见证人不能是您所就诊的住院医疗保健机构的员工, 除非该员工为牧师或社工。见证人不能是您的 health care agents (医疗保健代理人), 也不能对您的任何财产享有索偿权。出于善意行事的有效见证人免于承担民事或刑事责任。

已签署的委托书原件可由您的医生或其他初级保健提供者进行存档。已签署的 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 也可保存在安全且易于取用的位置, 以备需要时使用。您应该让亲友知晓您已创建 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》), 并告知其委托书的存放位置。还应告知亲友您选定的 health care agents (医疗保健代理人) 和候补代理人。可以 (但并非必须) 通过您居住地所在县的 Register in Probate (遗嘱认证登记员) 对该文件进行付费存档保管。根据州法规, 向 Register in Probate (遗嘱认证登记员) 提交存档文件的费用为 8.00 美元。已签署的 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 原件、清晰可辨的复印件或电子传真件均视为有效。如果您同时具备 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 与 Declaration to Physicians (《医师声明》), 对于合法的 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 与 Declaration to Physicians (《医师声明》) 中存在直接冲突的任意规定, 以前者中的规定为准。

任何人员只要将一个已付邮资、附有回邮地址的商务尺寸信封寄到以下地址, 即可免费获得一份 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 的复印件: Power of Attorney, Division of Public Health, P.O. Box 2659, Madison, Wisconsin 53701-2659。您可以将您从 Division of Public Health (公共卫生中心) 收到的委托书再复印若干份空白的复印件。也可在 Department of Health Services (卫生服务部) 的网页 <https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm> 上获取该委托书。

定义：“部门”指 Department of Health Services（卫生服务部）。“医疗保健”是指用于维持、诊断或治疗个人身体或精神状况的任何护理、治疗、服务或程序。“医疗保健决策”是指在行使接受、维持、终止或拒绝医疗保健服务的权利时做出的知情决策。“医疗保健机构”是指州法规第 647.01(4) 条中定义的机构，或根据州法规第 49.70、49.71、49.72、50.02、50.03、50.35、51.08、51.09、58.06、252.073 或 252.076 条获得部门许可或批准的任何医院、疗养院、社区家居照护机构、县养老院、县医务室、县医院、县精神健康中心、结核病疗养院或其他场所；或者州法规第 §§ 45.365、51.05、51.06、233.40、233.41、233.42 或 252.10 条中规定的机构。“医疗保健提供者”是指：根据州法规第 441 章的规定获得执照或许可的护士、根据第 446 章的规定获得执照的脊椎指压治疗医生、根据第 447 章的规定获得执照的牙医、根据第 448 章的规定获得执照的内科医生、足病医生或理疗师，或获得认证的物理治疗师或职业治疗师助理、根据第 449 章的规定从事 Christian Science 治疗的人员、获得执照的验光师、根据第 455 章的规定获得执照的心理医生、上述人员的提供医疗保健服务的合伙企业、公司、根据州法规第 185.981 至 185.985 条的规定成立并通过其自身机构中的受薪雇员直接提供服务的经营性合作疾病护理计划，或州法规第 50.49 (1) (a) 条中定义的家庭保健机构。“丧失行为能力”是指无法有效地接收并评估信息或传达决策，以至于个体缺乏管理其医疗保健决策的能力。“喂食管”是一种医疗管，通过这种医疗管可以向申请人的静脉、胃、鼻、口或其他身体入口处输入营养物或水分。

谁可以签署 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）？ 精神健全且年满 18 岁的个人可自愿签署 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）。根据州法规第 54 章的规定，如果丧失行为能力的裁定以及监护人的指定均对此人生效，则推定此人精神不健全。

签署 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）的程序 委托人（创建 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）的人员）与见证人必须同时在授权书上签字。

授权书何时生效？ 除非 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）中另有规定，否则个人的 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）会在 2 名医生，或一名医生和一名心理医生（如州法规第 448.01 (5) 中的定义），或执业护士，或医生助理亲自检查委托人并签署一份指明委托人丧失行为能力的声明后生效。仅凭年龄老迈、行为古怪或身体残疾（无论是单独出现还是一起出现）都不足以裁定为丧失行为能力。裁定委托人丧失行为能力的任何个人均不得为委托人的亲属，也不得知悉其有权获得委托人的任何财产或有权对委托人的任何财产提出索偿。Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）应随附声明副本（如有）。

Revocation（撤销） 委托人可随时通过以下方式撤销其 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）并使 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）失效：废止、毁坏、涂抹、焚烧、撕毁或以其他方式销毁 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》），或在委托人在场的情况下，指示他人销毁 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）；签署一份由委托人签字并注明日期的书面声明，表明委托人撤销 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）的意图；在 2 名见证人在场的情况下，口头表达委托人撤销 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）的意图；或者，签署后续的 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）。在收到委托人有关 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）的撤销通知后，委托人的医疗保健提供者应在委托人的医疗记录中记录撤销时间、日期与地点，以及向医疗保健提供者发出撤销通知的时间、日期与地点（若撤销通知时间不同于撤销时间）。

Immunities（豁免权） 任何医疗保健机构或医疗保健提供者均不得因以下行为而遭受犯罪指控、承担民事责任或遭受违反职业道德的指控：根据州法规第 155.05 (2) 条，基于对委托人的彻底检查，且出于善意证明了委托人丧失行为能力；未遵守 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）或 health care agent（医疗保健代理人）的决策，但以下情况除外：如果医生拒绝或未能善意地尝试将委托人转诊给另一位愿意遵守其决策的医生，则该医生未遵守决策的行为已构成违反职业道德；在未实际知晓委托书撤销的情况下，遵守了 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）中的条款，且该授权书符合州法规第 155 章的规定；遵守 health care agent（医疗保健代理人）根据 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）做出的决策，且该授权书符合第 155 章的规定；违背 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）的撤销规定或未按撤销规定行事，除非医疗保

健机构或医疗保健提供者实际知晓授权书已撤销；或者，医疗保健机构或医疗保健提供者已做出合理尝试，试图联系 health care agent（医疗保健代理人）并征求其决策但失败，导致未能从委托人的 health care agent（医疗保健代理人）处征求到医疗保健决策的情况。在委托书符合第 155 章规定的情况下，任何 health care agent（医疗保健代理人）都不得因根据 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）做出善意决策而遭受犯罪指控或承担民事责任。对于根据 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）购买或签约的任意商品或服务，非委托人配偶的 health care agent（医疗保健代理人）不承担个人责任。

General provisions（一般规定） 根据委托人的 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）代表委托人做出医疗保健决策，无论出于何种目的，均不构成自杀。不得要求任何个人以签署 Power of Attorney for Health Care（《医疗保健授权委托书》）作为接受医疗保健或入住医疗保健机构的条件。任何保险公司不得仅仅因为是委托人的 health care agent（医疗保健代理人）决定使用商品或服务，而拒绝支付委托人保险单承保的商品或服务。

重要说明：

您必须将委托书的第 1-6 页作为您的签署文件存放在一起。分发给医疗保健提供者等各方的复印件必须包含第 1 - 6 页。

Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 文件 文件创建者须知

(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DOCUMENT NOTICE TO PERSON MAKING THIS DOCUMENT)

您有权对您的医疗保健做出决策。在您反对的情况下，不得向您提供任何医疗保健服务；如您反对，也不得终止或拒绝提供必要的医疗保健服务。

因为在某些情况下，您的医疗保健提供者可能没有机会与您建立长期的关系，他们一般不了解您的信仰和价值观以及家庭关系的细节。如果您因身体上或精神原因无法对自己的医疗保健做出决策，这会引发某些问题。

为避免此类问题的产生，您可以签署这份法律文件，指定您在无法亲自做出医疗保健决策时代您做出此类决策的属意人选。此人被称为您的 health care agent (医疗保健代理人)。您应该花些时间与您指定的人选讨论您对医疗的想法和观点。您可以在本文件中说明您希望获得或不愿获得的任何医疗保健类型，也可以限制您的 health care agent (医疗保健代理人) 的权力。如果您的 health care agent (医疗保健代理人) 不知道您对某一特定医疗保健决策的要求，他/她必须在做出该决策时确定最符合您利益的做法。

这是一份重要的法律文件。本文件赋予您的代理人代您做出医疗保健决策的广泛权力。本文件撤销了您之前可能已签署的任何 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》)。如您想要更改您的 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》)，您可随时通过以下方式撤销本文件：销毁本文件、指示他人在您在场的情况下销毁本文件、签署一份注明日期的书面声明，或在两名见证人在场的情况下声明撤销本文件。如果撤销，您应通知您的代理人、医疗保健提供者以及您已向其提供复印件的任何其他人员。如果您的代理人为您的配偶或同居伴侣，且签署本文件后您的婚姻被宣告无效/您已离婚/您的同居伴侣关系终止，则本文件无效。

您也可以使用这份文件在您去世后进行遗体捐献或拒绝进行遗体捐献。如果您使用本文件进行或拒绝进行遗体捐献，则本文件会撤销您之前可能拥有的任何捐献记录。您可以通过划掉本文件中的遗体捐献条款，对您在本文中作出的任何遗体捐献进行撤销或更改。

除非您已清楚了解本文件的内容，否则请勿签署文件。建议您将本文件原件交由医生或其他初级保健医生存档保管。

POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE (《医疗保健授权委托书》)
(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

本文件于_____ (年) _____ (月) _____ (日) 创建。

创建 POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE (《医疗保健授权委托书》)
(CREATION OF POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

本人, _____

(正楷姓名、地址以及出生日期)

精神健全, 有意通过本文件创建一份 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》)。我自愿签署此 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》)。虽然已创建此 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》), 但我仍希望在我力所能及的范围内, 能够充分了解并参与代我做出的任意医疗保健决策。就本文件而言, “医疗保健决策”是指接受、维持、终止或拒绝任何护理、治疗、服务或程序以维持、诊断或治疗我身体或精神状况的知情决策。

此外, 我还可以在本文件中具体说明在我去世后进行遗体捐献的意愿。

指定 HEALTH CARE AGENT (医疗保健代理人)
(DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT)

如果我因丧失行为能力而无法再为自己做出医疗决策,

则我特此指定 _____

_____ (正楷姓名、地址与电话号码) 为我的 health care agent (医疗保健代理人), 代表我做出
医疗保健决策。如果他/她无法或不愿代表我做出医疗保健决策,

则我特此指定 _____

_____ (正楷姓名、地址与电话号码)

为我的 alternate health care agent (候补医疗保健代理人), 代表我做出医疗保健决策。我指定的 health care agent (医疗保健代理人) 或 alternate health care agent (候补医疗保健代理人) 都不是我的医疗保健提供者、本人所就诊的医疗保健机构的员工、或上述人员的配偶, 除非他/她同时还是我的亲属。就本文件而言, 如果 2 名医生或一名医生和一名心理医生、执业护士或助理医生亲自对我进行了检查, 并签署了一份声明, 明确表示他们认为我患有某种疾病, 表明我无法有效地接收和评估信息或传达决策, 以至于丧失了管理医疗保健决策的能力, 则表示我“丧失了行为能力”。本文件必须附有该声明的复印件。

授权总声明

(GENERAL STATEMENT OF AUTHORITY GRANTED)

除非我在本文件中另有说明，否则，如果我丧失了行为能力，我将指示我的医疗保健提供者在我需要接受治疗时，就我的所有医疗保健与治疗征求我的 health care agent（医疗保健代理人）的医疗保健决策。我已与我的 health care agent（医疗保健代理人）详细讨论了我的需求，并相信他/她能理解我的理念（即如果我具备决策能力，我会做出哪些医疗保健决策）。我希望通过本文件赋予 health care agent（医疗保健代理人）的权力来实现我的意愿。

如果我因丧失行为能力而无法做出医疗保健决策，则我的 health care agent（医疗保健代理人）会受命代我做出医疗保健决策，但如果我能够以任何方式（包括眨眼）进行交流，我的 health care agent（医疗保健代理人）应尝试与我讨论任何具体的医疗保健建议。如果无法进行此类沟通，我的 health care agent（医疗保健代理人）将根据我在做出决策之前所表达的任何医疗保健选择偏好做出决策。如果我没有就所讨论的医疗保健事宜表达过医疗保健选择偏好，并且无法进行沟通，我的 health care agent（医疗保健代理人）应根据他/她认为最符合我利益的方式做出医疗保健决策。

对精神健康治疗的限制

(LIMITATIONS ON MENTAL HEALTH TREATMENT)

我的 health care agent（医疗保健代理人）不得将我作为住院患者收治或关入精神病院、智力残障人士的中级护理机构、州立治疗机构或治疗机构。我的 health care agent（医疗保健代理人）不得同意对我实施实验性精神健康研究或精神外科手术、电休克治疗或激烈的精神健康治疗程序。

入住疗养院

或社区家居照护机构

(ADMISSION TO NURSING HOMES OR COMMUNITY-BASED RESIDENTIAL FACILITIES)

我的 health care agent（医疗保健代理人）可能会让我入住疗养院或社区家居照护机构，以便接受短期休养护理或临时护理。

如果我在以下选项中勾选了“是”，则我的 health care agent（医疗保健代理人）可以出于休养护理或临时护理以外的目的让我入住，但如果我在以下选项中勾选了“否”，则我的 health care agent（医疗保健代理人）不得让我入住：

1. 疗养院 是 否
2. 社区家居照护机构 是 否

如果我没有当即勾选上述“是”或“否”，则我的 health care agent（医疗保健代理人）只能让我短期入住，接受休养护理或临时护理。

有关喂食管的规定
(PROVISION OF FEEDING TUBE)

如果我在以下选项中勾选了“是”，则我的 health care agent（医疗保健代理人）可以暂停或停止喂食管，除非我的医生、医生助理或执业护士根据其专业判断认为这会给我造成痛苦或不适。如果我在以下选项中勾选了“否”，则我的 health care agent（医疗保健代理人）不得暂停或停止我的喂食管。

我的 health care agent（医疗保健代理人）不得暂停或停止我的口服营养物或水，除非该营养物或水存在医学方面的禁忌。

暂停或停止喂食管 是 否

如果我没有当即勾选上述“是”或“否”，我的 health care agent（医疗保健代理人）不得停止我的喂食管。

孕妇的保健决策
(HEALTH CARE DECISIONS FOR PREGNANT WOMEN)

如果我在下方勾选了“是”，即使我的 health care agent（医疗保健代理人）知晓我已怀孕，我的代理人也可以代我做出医疗保健决策。如果我在下方勾选了“否”，则如果我的 health care agent（医疗保健代理人）知晓我已怀孕，我的代理人不得代我做出医疗保健决策。

如我怀孕，代我做出医疗保健决策 是 否

如果我没有当即勾选上述“是”或“否”，则如果我的 health care agent（医疗保健代理人）知晓我已怀孕，我的代理人不得代我做出医疗保健决策。

需求、特殊规定或限制声明
(STATEMENT OF DESIRES, SPECIAL PROVISIONS OR LIMITATIONS)

在根据本文件行使权力时，我的 health care agent（医疗保健代理人）应按照我以下所述需求（如有）行事，并遵守我指定的任何特殊规定或限制。以下是我希望说明的任何具体需求、规定或限制（如有需要，可增加更多条目）：

1. _____
2. _____
3. _____

检查并披露与本人身体或精神健康状况有关的信息
(INSPECTION AND DISCLOSURE OF INFORMATION RELATING TO MY PHYSICAL OR MENTAL HEALTH)

根据本文件中的任何限制，我的 health care agent（医疗保健代理人）有权执行以下所有操作：

- a) 要求获取、审查并接收有关我身体或精神健康状况的任何口头或书面信息，包括医疗记录和住院记录。
- b) 代表我签署获取此类信息所需的任何文件。
- c) 同意披露此类信息。

(委托人与见证人必须同时在文件上签字。)

委托人签字

(SIGNATURE OF PRINCIPAL)

(创建此 Power of Attorney for Health Care (《医疗保健授权委托书》) 的人员)

签字 _____ 日期 _____

(委托人签署本文件后，即撤销之前所有的 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》) 文件)

见证人声明

(STATEMENT OF WITNESSES)

我认识委托人本人，我认为他/她精神健全，且年满 18 周岁。我认为他/她签署本 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》) 的行为属于自愿行为。我已年满 18 周岁，与委托人无血缘、婚姻、同居关系或收养关系，并且对委托人的医疗保健不直接承担经济责任。我并非当前为委托人提供服务的医疗保健提供者，不是医疗保健提供者的员工（牧师或社工除外），也不是申请人所就诊的住院医疗机构的员工（牧师或社工除外）。我并非委托人的 health care agent (医疗保健代理人)。据我所知，对于委托人的财产，我既无权要求获取也不具备索偿权。

见证人 1 号

(正楷) 姓名 _____ 日期 _____

地址 _____

签字 _____

见证人 2 号

(正楷) 姓名 _____ 日期 _____

地址 _____

签字 _____

HEALTH CARE AGENT (医疗保健代理人) 与 ALTERNATE HEALTH CARE AGENT (候补医疗保健代理人) 的声明

(STATEMENT OF HEALTH CARE AGENT AND ALTERNATE HEALTH CARE AGENT)

我知悉_____ (委托人姓名) 已指定我为其 health care agent (医疗保健代理人) 或 alternate health care agent (候补医疗保健代理人) ，适用于发现他/她已丧失行为能力且无法自行做出医疗保健决策的情况

_____ (委托人姓名)

已与我讨论过他/她在医疗保健决策方面的需求。

代理人签字 _____

地址 _____

候补代理人签字 _____

地址 _____

如果未根据《Wisconsin 州法规》第 155 章的规定签署 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》) 文件，则不能对任何个人对其医疗保健决策的意图作出假设。

本 power of attorney for health care (《医疗保健授权委托书》) 依据《Wisconsin 州法规》第 155 章的规定签署。

遗体捐献 (选填)

我过世后：

我只愿意捐献以下器官或部位： (注明器官或部位)

我愿意捐献任何所需的器官或部位。

如有需要，我愿意捐献本人遗体用于解剖学研究。

我拒绝进行遗体捐献。 (如果拒绝捐献废止了我之前做出的、向指定受赠人进行遗体捐献的承诺，我将尝试通知我同意为其进行捐献的受赠人)

如果我没有当即勾选上述的任意一行，则不能推定我愿意或拒绝进行遗体捐献。

签字 _____

日期 _____