

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ
สุดท้ายของชีวิต

Name:
 Birth Date: Age: Gender:
 Nationality:
 HN: EN/AN:
 Visit Date: OPD/Ward:
 Physician:
 Allergies:

เขียนที่
 วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)
 บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข
 ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
 อีเมล (ถ้ามี)

1. ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความประสงค์ที่ใช้สิทธิตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
2. เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่อาจรักษาได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยได้ลงชื่อกำกับบริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธไว้ ดังต่อไปนี้

บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธ	ลงชื่อกำกับ
การฟื้นฟูชีพเมื่อหัวใจหยุด	
การเจาะคอ	
การใช้เครื่องช่วยหายใจ	
การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง	
อื่น ๆ ระบุ	

3. แม้ว่าข้าพเจ้าจะปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขตาม ข้อ 2 แต่ข้าพเจ้ายินดีที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
4. ข้าพเจ้าขอความกรุณาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้
 - ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
 - การเยียวยาทางจิตใจอื่น ๆ ระบุ
5. หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ เกิดขึ้นในช่วงที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ขอให้บุคคลใกล้ชิดหรือญาติของข้าพเจ้า คือ
 (ชื่อ-นามสกุล)..... เป็นผู้ทำหน้าที่อธิบายเจตนาของข้าพเจ้า

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ
สุดท้ายของชีวิต

Name:
Birth Date: Age: Gender:
Nationality:
HN: EN/AN:
Visit Date: OPD/Ward:
Physician:
Allergies:

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้แล้ว

ลงชื่อ

ชื่อ-สกุล.....

ผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ

ชื่อ-สกุล.....

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

ลงชื่อ

ชื่อ-สกุล.....

พยาน

พยาน

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

พยาน

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

พยาน

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

หมายเหตุ

หนังสือแสดงเจตนา นี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ
บริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ผู้แสดงเจตนาฯ สามารถนำไปปรับปรุง
ให้ตรงกับเจตนาของตนได้