

Last Name 성
First Name 이름 DOB 생년월일 / /
Address 주소
Phone 전화 번호 Mobile 휴대폰

MY ADVANCE CARE PLAN

(Page 1 of 10)

아름다운 생의 마감을 위한 나의 사전 계획

(1/10 페이지)

Please fill this form out in English so that your healthcare providers can read your wishes.

당기세요



당기세요



기회가 된다면 임종이 가까워 올 때 받고 싶은 진료에 대한 생각을 정리해 기록해 놓고 싶을 것입니다. 귀하가 더 이상 스스로 말할 능력이 없게 될 때 의료진, 가족, 친구에게 부탁하고 싶은 내용을 이 양식을 사용해 기록하십시오.

작성을 하기 전에 가능하면 담당 의사와 상의해 기록해야 할 치료와 관련된 항목이 있습니다.

사전 계획은 귀하에 관한, 귀하를 위한 것입니다. 모든 항목을 빠짐 없이 작성해야 하는 것이 아니므로 원하는 만큼만 작성하십시오. 귀하의 건강 관리와 관련된 사람이라면 누구에게나 이것을 보여줄 수 있습니다. 원하시면 언제든지 수시로 내용을 추가하거나 변경할 수 있습니다. 담당 의사나 간호원에게 가지고 가 상의를 한 후 각자 한 부씩 사본을 보관할 수 있습니다.

귀하가 동의하는 경우 담당 의사를 통해 이를 필요로 하는 타인에게 사본을 보낼 수 있습니다.

If you have had a chance to think about the care you want towards the end of your life, you may want to write your thoughts down. Use this plan to write down what you want health professionals, friends and family/whanau to know if you could no longer tell them yourself.

There is a section on medical treatments which is important to discuss with your doctor if possible, before you complete it.

This plan is for you and about you. You should not feel like you have to complete every section, complete only as much as you want to. You can show it to anyone involved in your healthcare. You can add to it as often as you like and change your decisions at any time. Please take it to your doctors or nurses to discuss it and then you can both have copies.

It can be forwarded through your doctor to others who may need it, with your consent.



MY ADVANCE CARE PLAN (Page 2 of 6)

아름다운 생의 마감을 위한 나의 사전 계획 (2/6 페이지)

Please use this plan to inform my care only if I am unable to inform you directly.
내가 직접 말할 능력이 없게 될 경우에 한해 이 사전 계획을 사용해 주십시오.

Last Name 성
First Name 이름 DOB 생년월일 / /
Address 주소
Phone 전화 번호 Mobile 휴대폰

Please fill this form out in English so that your healthcare providers can read your wishes.

이 양식을 영어로 작성하여 주시면 의료진들이 여러분이 원하는 바를 읽을 수 있습니다.

My Enduring Power of Attorney (for personal care and welfare)

나를 대신해 의사결정을 할 수 있는 영구 피위임자 (개인 의료 및 복지 사항 관련)

First name(s), 이름: Last name: Relationship:
성: 관계:

Address:
주소:

Home Phone: Daytime Phone: Mobile Phone:
집 전화: 주간 전화: 휴대폰:

Please try to include the following people in decisions about my care:

나의 진료에 관한 의사결정에 아래의 분들을 포함시키도록 노력해 주십시오:

First name: Last name: Relationship: Phone:
이름: 성: 관계: 전화 번호:

First name: Last name: Relationship: Phone:
이름: 성: 관계: 전화 번호:

First name: Last name: Relationship: Phone:
이름: 성: 관계: 전화 번호:

I have made a Will (tick): Yes No It is held by:
나의 유언장 여부(선택해 표시하십시오): ☐ 있음 ☐ 없음 유언장 보관자:

.....
.....
.....

If I can no longer tell you myself I want those who care for me to know:

The following is important to me (this can include your hopes and fears, practical matters [eg you like the TV on, you like to be outside], family concerns, spiritual care you would like, anything else you can think of):

내가 더 이상 스스로 말할 능력이 없게 될 때 나를 돌보는 분들이 다음 사항을 알고 계시기를 바랍니다:

나에게 중요한 것은 다음과 같습니다 (귀하의 희망 사항, 두려움, 실제적인 것[예: TV를 켜놓거나 밖에 나가 있기 원함], 가족 문제, 바라는 영적 보살핌, 기타 생각나는 것을 기록하십시오):

.....
.....
.....
.....

MY ADVANCE CARE PLAN (Page 3 of 6)

아름다운 생의 마감을 위한 나의 사전 계획 (3/6 페이지)

Please use this plan to inform my care only if I am unable to inform you directly.
내가 직접 말할 능력이 없게 될 경우에 한해 이 사전 계획을 사용해 주십시오.

Last Name 성
First Name 이름 DOB 생년월일 / /
Address 주소
Phone 전화 번호 Mobile 휴대폰

This is what makes life meaningful to me (this may include values, people, pets, ways you would like those caring for you to look after your spiritual and emotional needs, and anything else you want);

나의 삶에 의미가 있는 것은 다음과 같습니다(귀하의 가치관, 사람, 반려동물, 돌보는 사람이 배려해 주기 바라는 영적, 정서적 욕구 충족 방법 및 기타 귀하가 원하는 것을 기록하십시오);

I would like my family and friends to know and remember these things:

나의 가족, 친구들이 알고 기억해 주기 바라는 내용은 다음과 같습니다:

When I am dying the following are important to me (tick):

나의 임종이 가까워 올 때 나에게 중요한 것은 다음과 같습니다 (선택해 표시하십시오):

Keep me comfortable

☐ 편안하게 해 주십시오

Take out tubes and lines that are not adding to my comfort

☐ 편안함에 도움이 되지 않는 튜브나 라인을 제거해 주십시오

Let my family and friends be with me

☐ 가족과 친구들이 옆에 있어 주십시오

Offer me something to eat and drink

☐ 먹을 것과 마실 것을 주십시오

Stop Medications that do not add to my comfort

☐ 편안함을 더해 주지 않는 약물 투여는 중단해 주십시오

Attend to my spiritual needs

☐ 나의 영적 욕구를 채워 주십시오

Other:

☐ 기타:

MY ADVANCE CARE PLAN (Page 4 of 6)

아름다운 생의 마감을 위한 나의 사전 계획 (4/6 페이지)

Please use this plan to inform my care only if I am unable to inform you directly.
내가 직접 말할 능력이 없게 될 경우에 한해 이 사전 계획을 사용해 주십시오.

Last Name 성
First Name 이름 DOB 생년월일 / /
Address 주소
Phone 전화 번호 Mobile 휴대폰

The place I die is important to me (tick):

Yes

No

사망 장소의 중요 여부 (선택해 표시하십시오):

☐ 있음

☐ 없음

When I am dying I would like to be cared for (tick):

임종이 가까워 올 때 나를 보살피는 곳을 다음 장소로 해 주십시오 (선택해 표시하십시오):

At home, which for me is:

☐ 집, 주소:

☐ In Hospice 호스피스:

☐ In Hospital 병원:

Other:

☐ 기타:

Please care for my body by ensuring the following:

시신에 관한 희망 사항:

I would like to be (tick):

Buried

Cremated

다음과 같이 해 주십시오 (선택해 표시하십시오):

☐ 매장

☐ 화장

I would like the following as my end-of-life ceremony or funeral:

내가 원하는 영결식이나 장례식은 다음과 같습니다:

I would like to donate my organs and/or tissues for transplantation. (Tick):

장기 및 조직의 기증 여부 (선택해 표시하십시오):

Yes

No

☐ 있음

☐ 없음

Other comments:

기타 하시고 싶은 말씀:

[illegible]

MY ADVANCE CARE PLAN (Page 6 of 6)

아름다운 생의 마감을 위한 나의 사전 계획 (6/6 페이지)

Please use this plan to inform my care only if I am unable to inform you directly.
내가 직접 말할 능력이 없게 될 경우에 한해 이 사전 계획을 사용해 주십시오.

Last Name 성
First Name 이름 DOB 생년월일 / /
Address 주소
Phone 전화 번호 Mobile 휴대폰

For Signature

서명 난

I understand this is a record of my preferences to guide my healthcare team in providing appropriate care for me.

1. 이 문서는 나에게 적절한 보살핌을 제공하는 담당 의료진에게 지침이 될 나의 희망 사항에 관한 기록임을 이해합니다.

I understand that it will only be used when I am unable to make decisions for myself.

2. 이 문서는 내가 스스로 의사 결정을 할 능력이 없게 될 때에 한해 사용될 것임을 이해합니다.

I understand that medically futile and/or inappropriate treatments will not be administered even if this is my expressed preference.

3. 나의 희망 사항이라도 의학적으로 무의미하거나 부적절한 치료는 받을 수 없음을 이해합니다.

I acknowledge that this record may be held in an electronic form and will be made available to other health care providers for purposes of treating me.

4. 이 문서를 컴퓨터에 보관해 필요시 다른 의료진이 나를 치료할 목적으로 사용할 수 있음을 인정합니다

Signed:

Date:

서명: 날짜:

Witness (Health Professional):

증인(의료진):

Signed:

Date:

서명: 날짜:

First Name(s):

Last Name:

Designation:

이름: 성: 칭호:

