

소망유언서

Advance Healthcare Directive



당하는 죽음에서
맞이하는 죽음으로...

소망 소사이어티
SOMANG SOCIETY

5836 Corporate Ave., Ste110 Cypress, CA 90630
Tel. (562) 977-4580 / www.somangsociety.org



나의 소망 유언서

당하는 죽음에서 맞이하는 죽음으로 준비하기 위해 살아있을 때, 나의 소망 유언서를 작성합니다.

병에 걸려 치료가 불가능하고 죽음이 임박할 경우를 대비하여 나를 치료하는 담당의사와 가족들에게 다음과 같은 의료지시서를 남기니 본인의 뜻대로 실천해 주시기를 바랍니다.


내가 의식이 없는 상태가 되었을 경우:

- 기도 내 삽관이나 기관지 절개술 및 인공기계 호흡치료법은 시행하지 말아 주세요.
- 인공영양법, 심폐소생술은 시행하지 말아 주세요.
- 너무 고통이 심할 때에는 고통을 완화하기 위한 조치를 최대한 취해 주시길 바랍니다.

이와 같은 소망 유언서를 통해 제가 바라는 사항을 충실히 이행해 주신 분들께 깊은 감사를 드립니다. 그리고 저의 요청에 따라 진행된 모든 행위의 책임은 제 자신에게 있음을 분명히 밝히고자 합니다.

Title (직책) : 소망 소사이어티 이사장 **Name (성명) :** 유 분 자

Date (작성일) : 2015. 9. 1

Signature (서명) : 



Advance Healthcare Directive

사전 의료 지시서

(소망유언서)

SOMANG SOCIETY

예고없는 사고나 사망으로 당황할 때 내 가족을 위하여 나의 소망을 기록합니다.

This Directive shall not be affected by my subsequent incapacity.

이름 Name	한글 Korean			생년월일 Date of Birth	월/ 일/ 년
	영어 English			전화번호 Telephone	() -
주소 Address					
가족 Family	관계 Relationship	한글 이름 Korean Name	영어 이름 English Name	전화번호 Telephone	
				() -	
				() -	
				() -	

의료에 대한 법적대리인 Power of Attorney for Healthcare	1차 대리인 Designation of Agent	나를 위한 의료에 대한 법적 대리인으로 다음 사람을 임명합니다. I designate the following person as my agent who has full authority to make healthcare decisions for me when my physician determines that I am unable to make my own healthcare decisions.			
		영어 이름 Name of Agent		전화 Phone Relationship	() -
		주소 Address			
	2차 대리인 (선택) Alternate Agent (Optional)	만약 내가 대리인의 권한을 취소하거나, 그 대리인이 어떤 이유에서든 의료 선택의 결정을 할 수 없을 경우 다음 사람을 나의 첫 대리인으로 대체 임명합니다. If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a healthcare decision for me, I designate as my first alternate agent.			
		영어 이름 Name of Agent		전화 Phone Relationship	() -
		주소 Address			

임종전 의료 결정 End of Life Decision	<p>돌이킬 수 없는 불치의 병이나 뇌사로 인하여 육체적인 기능이 거의 멈춘 상태에서 의학적으로 회복이 어려울 것이라고 확신될 때, 의료 보조기를 사용하여 생명을 연장하기 원하십니까?</p> <p>Do you wish to artificially prolong the process of dying by using life-sustaining treatment if you are in irreversible coma or persistent vegetative state or if you are terminally ill and the use of life-sustaining procedures would serve only to artificially delay the moment of your death?</p>
	<p>예, 원합니다 Yes, I do wish ____ (Initial) 아니오, 원하지 않습니다 No, I do not wish ____ (Initial)</p>

임종후 결정 Post-Death Decision	장기 기증을 원하십니까? Do you wish to grant anatomical gifts?	예 Yes () 아니요 No ()
	장례 선택 Funeral Options (하나만 고르세요) (Choose One)	매장Burial () 화장 Cremation () 시신기증Body Donation ()
	장례사 또는 시신기증 기관 이름 Funeral Home or Facility for Body Donation	(미리 준비 되어 있을 경우 Only if you preplanned) 기관 이름 Name of Facility: _____ 전화번호 Telephone: () -

이 소망 유언서는 본인의 희망사항으로, 위에 명시한 나의 법적 대리인이 본인의 생전의 뜻을 존중하여 그 뜻에 맞게 모든 수속을 집행하여 줄 것을 요청합니다. 또한 본인은 본인의 유산상속에 관하여는 별도의 유언서 작성이 필요함을 알고 있습니다.
 This Advance Healthcare Directive is intended to be valid in any jurisdiction in which it is presented. I know that this is not a will and I need a separate will to dispose of my property.

본인 서명 Principal Signature		날짜 Date	월/	일/	년
---------------------------	--	---------	----	----	---

나는 다음의 조항들이 진실과 다를 때 캘리포니아 주법에 의해 처벌 받을 수 있다는 것을 선서합니다. (1) 이 의료에 대한 사전 지시서에 서명한 사람은 내가 개인적으로 알고 있는 분이며 그분의 신분이 확실하고 (2) 본인이 직접 내가 보는 앞에서 서명했고 (3) 이 사람은 협박이나, 속임 또는 부당한 강요를 받지 않은 맑은 정신으로 서명했으며 (4) 나는 이분이 임명한 대리인도, (5) 의료진도, 이분이 치료를 받고 있는 의료계 직원도, 거주하는 양로원이나 양로 병원의 직원도 아닙니다.

I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that the individual who signed or acknowledged this advance health care directive is personally known to me, or that the individual' s identity was proven to me by convincing evidence, (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence, (3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as an agent by this advance directive, and (5) that I am not the individual' s healthcare provider, an employee of the individual' s healthcare provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

증인들의 서명 Signatures of Witness	제1 증인 First Witness	영어이름 Name	전화 Phone () -	
		주소 Address		
		서명 Signature	날짜 Date 월/ 일/ 년	
	제2증인 Second Witness	나는 다음의 조항들이 진실과 다를 때 캘리포니아 주법에 의해 처벌 받을 수 있다는 것을 선서합니다. 나는 이 의료에 대한 사전 지시서를 작성한 사람과 혈육도 결혼 혹은 입양으로 인한 인척 관계도 아니며 이 사람이 사망시 이 사람의 재산에 대해 아무런 권한이 없습니다. I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance healthcare directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual' s estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.		
		영어이름 Name	전화 Phone () -	
		주소 Address		
		서명 Signature	날짜 Date 월/ 일/ 년	

소망유언서는 법적으로 유효하며 공증을 받으셔도 무방합니다. Advance Healthcare Directive is legally binding and may be notarized. 공간이 부족하시면 별지를 사용하십시오. For additional space attach extra sheets as needed.

나의 삶

My Life

장례예식 Funeral Service	출생지 Place of Birth	
	부모님 성함/형제 관계 Name of Parents /Number of Siblings	
	학력/경력 Education/Experience	
	나의 장례예식에 특별히 부탁하고 싶은 말 Special Instruction for Funeral Service	
	내가 가장 좋아하는 문구 My Favorite Quotes	
	내가 가장 좋아하는 노래 My Favorite Hymn and Song	
	나의 사망 소식을 꼭 알리고 싶은 사람 Those to whom my death will be notified	이름/Name
연락처/Address		
	이름/Name	
	연락처/Address	

남기고 싶은 말

(화해와 감사의 편지)

평소에 하지 못했던 이야기를 마지막으로 남깁니다.

To: _____

Lined writing area for the letter.

Name (성명) :

Date (날짜) :

Signature (서명) :

사전 의료 지시서는 무엇인가요?

뜻하지 않는 사고나 불치의 병으로 죽음에 임박하여 치료에 대한 결정으로 스스로 내릴 수 없게 될 경우를 대비해 의료진의 치료 방침에 참고하도록 의료 결정을 미리 명시하여 작성하는 서류입니다.

사전 의료 지시서는 왜 작성해야 하나요?

사전 의료 지시서를 작성하지 않으면 가족과 주변 사람들이 의료 결정이 필요한 당사자의 의견을 알지 못해 당황하고 감정의 혼란을 겪을 수 있으며 환자가 원하지 않는 치료를 받을 수도 있습니다. 사전 의료 지시서를 통해 자신의 결정을 미리 알려 뜻하지 않은 주변의 혼란을 막을 수 있습니다.

누가 작성할 수 있나요?

18세 이상으로 정확한 의료에 대해 이해하고 의사를 결정할 수 있는 사람이라면 누구나 작성할 수 있습니다. 뇌 전체의 기능이 정지되었거나 정확한 의료에 대해 이해가 불가능한 사람을 대신해서 작성할 수 없습니다.

의료에 대한 법적 대리인은 누구를 선택하나요?

자신의 가치관과 사전 의료 지시서에 명시된 선택들에 대해 이해하고 이행할 수 있는 가족을 1차 대리인으로 지정합니다. 2차 대리인은 1차 대리인의 자격을 대신하며 가족 또는 주변에서 신뢰할 수 있는 사람으로 지정할 수 있습니다.

하지만 자신의 주치의 또는 현재 거주하는 곳에 고용된 직원, 사회복지사 등을 법적 대리인으로 선택하실 수 없습니다. 의료 선택에 대한 법적 대리인은 작성자가 결정한 선택을 대신하여 따르며 해당 선택에 대한 법적, 경제적 책임 등 어떠한 책임을 지지 않습니다.

임종 전 의료 결정은 어떤 선택을 하는 것입니까?

의료진의 판단에 따라 건강 회복이 불가능하며 단기간 내에 사망 가능성이 높을 경우 죽음의 시기를 늦추기 위해 심폐 소생술 시행, 인공 호흡기 적용 등과 같은 생명 유지 장치를 사용할 것인지, 아니면 자연스럽게 존엄한 죽음을 맞이할 것인지에 대해 선택합니다.

사전 의료 지시서는 언제까지 유효하니까?

사전 의료 지시서는 작성자가 새롭게 작성하기 전까지 법적으로 유효합니다. 사전 의료 지시서는 언제든지 철회가 가능하며 원하는 내용을 다시 작성하실 수도 있습니다.

증인은 2명 있어야 합니까?

증인은 반드시 2명 또는 그 이상이어야 합니다. 제1증인은 법적 대리인과 의료진을 제외한 18세 이상의 성인이어야 하며 제2증인은 재산 상속이 가능한 가족 및 친척을 제외한 성인이어야 합니다. 만일 2명의 증인이 불가능 할 경우 공증을 통해 사전 의료 지시서를 직접 작성하신 것에 대해 증명해야 합니다.

작성한 사전 의료 지시서는 어떻게 보관해야 합니까?

사전 의료 지시서를 작성하기 전 가족과 충분히 의견을 나누신 후 작성하시기를 권유합니다. 작성 후 원본은 누구나 잘 찾을 수 있는 장소(집)에 보관하시고 가족, 법적 대리인, 주치의 등에게 알려 사본을 보관하도록 합니다. 사본 역시 법적으로 효력을 발휘할 수 있습니다.

존엄한 죽음을 위한 준비

Preparing the End of Life

우리 함께 생각해 봅시다.

1. 뜻하지 않은 사고나 병에 걸려 더 이상 현대 의학으로 치료가 불가능하다면 어떻게 하시겠습니까?
2. 혼수 상태에 빠지거나 의사소통이 불가능할 때 치매나 정신질환 등으로 인해 의사 결정이 불가능한 것으로 판단되었을 때 건강 관리 혹은 의료적인 처치를 어떻게 하시기를 원하십니까?
3. 나의 장기를 필요로 하는 사람에게 기증하여 생명을 살리거나 시신을 기증하여 해부학 교육과 연구를 위해 도움을 줄 생각이 있으십니까?
4. 중환자실의 기계 장치 속에서 생의 마지막을 외롭게 보내는 일 혹은 호스피스에서 통증 완화 치료를 받으며 가족들과 마지막 시간을 보내는 일에 대해 어떻게 생각하십니까?

사전 의료 지시서(Advance Healthcare Directive)를 꼭 작성해야 하는 이유

1. 뜻하지 않은 사고나 병으로 의식불명 상태가 되었을 때, 어떤 의료 행위를 받을 것인가를 미리 문서로 작성함으로써 임종시 인간으로서의 품위와 존엄성을 지키게 도와 줍니다.
2. 회복할 수 없는 상태에서 값비싼 생명 연장 장치와 의료 서비스가 남용되는 것을 방지할 수 있습니다.
3. 환자 자신은 고통을 줄이며 가족과 함께 편안하고 존엄한 임종을 맞이할 수 있습니다.
4. 장례예식을 미리 준비하여 가족들에게 부담을 덜어 줍니다.