**ตัวอย่าง (แบบที่ ๒)**

**หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข**

วันที่ .........................................................................

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) ................................................................................................................อายุ...............ปี

บัตรประชาชนเลขที่ .............................................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .................................................................เบอร์ที่ทำงาน ..............................................................

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

🞎 เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ

🞎 เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

🞎 การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

🞎 การใช้เครื่องช่วยหายใจ

🞎 การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

🞎 การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)

🞎 การกระตุ้นระบบไหลเวียน

🞎 กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด

🞎 การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ

🞎...........................................................................................................................................................

🞎...........................................................................................................................................................

🞎...........................................................................................................................................................

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือ

แสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้น *กรุณาหยุดการบริการ (withdraw)* ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

🞎 การใช้เครื่องช่วยหายใจ

🞎 การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

🞎 .........................................................................................................................................................

🞎 .......................................................................................................................

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

🞎 ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

🞎 การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)

🞎 ......................................................................................................................

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ - นามสกุล) ..............................................................ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยาน

เก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา....................................................ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....................................................ลงชื่อ

พยาน.................................................................ลงชื่อ

พยาน.................................................................ลงชื่อ

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ......................................................................................................................................................

**พยานคนที่ ๑**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .......................................................................................................................................................

**พยานคนที่ ๒**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .......................................................................................................................................................

**ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .......................................................................................................................................................