

預立醫療照護諮商－參與花蓮縣諮商機構申請表

本院所申請開設預立醫療照護諮商門診，並同意遵照病人自主法及相關醫療法規之規範

此致

花蓮縣衛生局

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

聯絡人：

聯絡電話：

聯絡人電子信箱：

醫事機構特約章戳

(醫事機構印章)

中華民國 年 月 日

備註：申請時，請檢送本申請書、諮商團隊成員資料表，含專科證書影本、年資證明。

附件

預立醫療照護諮商團隊－成員資料表

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

(※依法醫院需成立「預立醫療照護諮商團隊」，該團隊組成成員與資格如下，應至少包含以下人員：

1. 醫師一人：應具有專科醫師資格。2. 護理人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。3. 心理師或社會工作人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。並須完成訓練)

姓名	職類 (A)	專業資格證明 (B)	年資	聯絡電話	是否完成中央主管機關規定之病人自主權利法相關訓練課程(C)	是否具安寧資格(甲、乙類或專科)

選項填寫說明：

(A) 職類：1. 醫師 2. 護理師 3. 社工人員 4. 心理師

(B) 專業資格證明：1. 專業證書字號 2. 執業執照字號

(C) 已受訓課程：病人自主權利法核心講師培訓課程 21 小時或安寧照顧基金會辦理之預立醫療照護諮商人員訓練課程