

다섯가지 소원 FIVE WISHES

소원 목록

1 내가 치료 결정을 내릴 수 없을 때 내 대신 결정을 내려주는 사람

2 원하거나 원하지 않는 치료 종류

3 원하는 편안함 정도

4 원하는 간병 방식

5 사랑하는 가족들에게 알리고 싶은 사항

이름 정자 기재

print your name

생년월일

birthdate

Korean

다섯가지 소원

인생에는 제어할 수 없는 여러 가지 일들이 있습니다. 본 다섯가지 소원 책자는 생명이 위독한 경우 원하는 치료 방식과 같이 매우 중요한 사항을 통제할 수 있는 방법을 제공합니다. 이 책자는 간편한 양식 작성을 통해 귀하가 원하는 내용을 정확히 전달할 수 있게 해줍니다. 이 양식을 작성하여 올바르게 서명한 경우 대부분의 주법에 따라 법적 효력을 지니게 됩니다.

다섯가지 소원이란?

다섯가지 소원은 원하는 치료 방식뿐만 아니라 귀하의 개인적, 감정적, 영적으로 필요한 부분에 대해 명시할 수 있는 최초의 생전유언서입니다. 이는 본인 스스로 치료 관련 결정을 내릴 수 없을 경우 대신 결정을 해줄 대리인을 선정하도록 해줍니다. 본 양식은 미 변호사협회 소속 노인 법적

문제 위원회 (The American Bar Association's Commission on Law and Aging) 및 미국 내 임종 간호 분야의 전문가들의 조언을 바탕으로 구성되었습니다. 또한 작성 방식도 매우 쉽습니다. 박스에 체크하거나 지시 사항에 동그라미 표시를 하거나 또는 간단한 설명을 첨부하기만 하면 됩니다.

다섯가지 소원을 통해 귀하와 가족은 어떤 도움을 받을 수 있습니까?

- 위독한 경우 어떠한 방식으로 보살핌을 받기를 원하는가에 대해 가족, 친구 및 의사들과의 대화의 장을 열어 줍니다.
- 귀하가 원하는 것이 무엇인지 가족들이 고민할 필요가 없습니다. 귀하가 중병에 걸렸을 때 가족들이 귀하의 의견을 모르는 상태에서 어려운 결정을 내리지 않아도 되므로 가족들을 보호해 줍니다.
- 귀하는 다섯가지 소원 생전유언서를 통해 어머니, 아버지, 배우자 또는 친구가 원하는 바를 알 수 있습니다. 가족 및 친지들이 귀하를 가장 필요로 할 때 적절한 도움을 줄 수 있습니다. 그들이 진정으로 원하는 뜻을 이해하고 따를 수 있습니다.

다섯가지 소원 설립 배경

Jim Towey 씨는 테레사 수녀 (Mother Teresa) 와 12년간 함께 일을 한 후 그녀가 운영하는 워싱턴 DC의 한 호스피스에서 1년 동안 생활할 기회가 있었습니다. 이 기간 동안에 얻은 직접 체험을 바탕으로 Towey 씨는 환자와 그 가족이 사전 계획을 세우고 중병에 대처할 수 있는 방안을 찾게 되었습니다. 이 방안으로 다섯

가지 소원을 만들게 되었고 지금까지 이에 대한 반응은 폭발적이었습니다. 다섯가지 소원은 CNN 및 NBC 방송의 Today Show, 그리고 Time 지와 Money 지에 소개되었습니다. 여러 신문들이 다섯가지 소원을 “마음이 담긴 생전유언서”라고 칭하고 있습니다.

다섯가지 소원은 어떤 사람을 대상으로 합니까?

다섯가지 소원은 기혼, 미혼, 부모, 성인아이 및 친구를 포함한 18세 이상의 모든 사람을 대상으로 합니다. 모든 연령대의 8백만 명 이상의 미국인들이 이미 다섯가지

소원을 사용했습니다. 본 양식의 여러 가지 장점으로 인해 변호사, 의사, 병원 및 호스피스, 신앙 공동체, 고용업체 및 퇴직자 그룹은 본 양식 사용을 권장하고 있습니다.

다섯가지 소원을 사용하는 주

워싱턴 DC나 아래 기재된 40개 주에 거주하는 경우 다섯가지 소원 사용이 가능하며 해당 주법에서 요구하는 기준을 충족시키므로 이에 대해 안심하고 사용하실 수 있습니다.

알래스카	아이다호	미주리	로드아일랜드
애리조나	일리노이	몬태나	사우스 캐롤라이나
알칸사	아이오와	네브라스카	사우스 다코다
캘리포니아	루이지애나	뉴저지	버몬트
콜로라도	메인	뉴멕시코	테네시
코네티컷	메릴랜드	뉴욕	버지니아
델라웨어	메사추세츠	노스 캐롤라이나	워싱턴
플로리다	미시건	노스 다코다	위스콘신
조지아	미네소타	오클라호마	웨스트 버지니아
하와이	미시시피	펜실베이니아	와이오밍

현재 거주하는 주가 기재되어 있는 40개 주에 포함되지 않는 경우는 다섯가지 소원이 해당 주법의 기술적 요건을 충족시키지 않은 경우입니다. 따라서 해당 주의 일부 의사들은 다섯가지 소원을 인정하지 않을 수 있습니다. 그러나 여기에 기재되지 않은 주 출신의 많은 사람들은 해당 주의 법적 서류와 더불어 다섯가지 소원을 작성하고 있습니다. 다섯가지 소원이 그들이 원하는 모든 사항을 다루고 있으며 가족, 친구, 간병인 및 의사들에게 유용한 가이드를 제공하고 있다고 생각하기 때문입니다. 대부분의 의사 및 전문 의료인들은 귀하의 표현 방식에 상관 없이 귀하가 원하는 바를 이해하는 것이 중요하다는 것을 알고 있습니다.

다섯가지 소원으로 변경할 수 있는 방법은?

귀하는 이미 생전유언서 (living will) 나 의료용 영속적 대리위임권 (durable power of attorney for health care) 을 갖고 계실 겁니다. 이 대신, 다섯가지 소원을 사용하고자 하실 경우 설명대로 새 다섯가지 소원을 작성하기만 하면 됩니다. 이 문서에 서명함과 동시에 이전에 사용했던 사전 지시서는 무효가 됩니다. 올바른 양식을 사용했는지 확인하려면 다음 지시를 따르십시오.

- 이전의 모든 생전유언서나 의료용 대리위임권을 폐기합니다. 또는 해당 문서 위에 “Revoked (무효)”라고 큰 글자체로 표기합니다. 개인 변호사가 이러한 문서 준비에 관여한 경우 이에 대해 통지합니다. 그리고
- 보건의료 대리인, 가족 및 의사에게 새 다섯가지 소원을 작성한 사실을 알립니다. 그들이 귀하의 새로운 유언서 작성에 대해 알도록 합니다.

소원 1 — WISH 1

내가 치료 결정을 내릴 수 없을 때 내 대신 결정을 내려주는 사람

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

나는 더 이상 건강 관련 결정을 스스로 내릴 수 없으므로 내가 선택한 사람이 대신 이러한 결정을 내리도록 이 양식을 통해 지정합니다. 지정한 사람은 나의 보건의료 대리인 (또는 대리인 (proxy), 대변인 (representative), 또는 대행자 (surrogate) 와 같이 해당 주에서 사용되는 기타 용어) 이 됩니다. 이 사람은 다음 경우가 모두 해당될 경우 나의 보건의료 관련 결정을 내릴 것입니다.

- 내가 더 이상 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없다고 나의 외부 의사 또는 담당 의사가 판단한 경우, 그리고
- 다른 의료 전문인이 이에 동의한 경우.

내가 거주하는 주에서 내가 더 이상 의료 관련 결정을 내릴 수 없다고 판단하는 방식이 다를 경우 해당 주의 방식을 따를 것입니다.

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

보건의료 대리인으로 적절한 사람을 선택하는 방법

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

귀하를 매우 잘 알고 보살펴 주고 어려운 결정을 내려줄 수 있는 사람을 선택하십시오. 배우자나 가족은 매우 감정적이 될 수 있으므로 최상의 선택이 아닐 수 있습니다. 그러나 때때로 그들이 최상의 선택일 수도 있습니다. 이에 대해서는 귀하가 가장 잘 아실 것입니다. 최적의 결정을 내려 귀하의 희망사항을 잘 이행할 수 있는 사람을 선택하십시오. 또한 필요할 때마다 바로 도와줄 수 있도록 주위에 있는 사람을 선택하십시오. 보건의료 대리인으로 배우자, 가족을 선택하던 친구를 선택하던간에 귀하의 소원에 대해 설명하고 해당인이 소원의 내용에 동의하고 이를 따를 것임을 확실히 하십시오. 귀하의 보건의료 대리인은 **18세 이상** (콜로라도 주에서는 21세 이상) 이어야 하며 다음 사항에 해당되어서는 **안 됩니다**.

- 본인이 사용하는 보건의료 시설, 주거의료 시설 또는 지역사회 간호제공 시설을 포함한 본인의 보건의료 제공자
- 본인이 사용하는 보건의료 제공자의 직원이나 직원의 배우자
- 배우자나 가까운 친척일 경우는 제외하고 10명 이상에 대해 대리인으로 일하고 있는 경우

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they are the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

다음은 나의 보건의료 대리인으로 선택한 사람입니다. The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

제1 대리인 이름 *First Choice Name*

전화번호 *Phone*

주소 *Address*

시/주/우편번호 *City/State/Zip*

위의 대리인이 대신 결정을 내리지 못하거나 내리기를 원치 않을 경우, 또는 나와 이혼을 했거나 법적 별거 상태인 경우, 또는 위의 대리인이 사망했을 경우 다음 대리인에게 위임권을 넘깁니다.

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

제2 대리인 이름 *Second Choice Name*

제3 대리인 이름 *Third Choice Name*

주소 *Address*

주소 *Address*

시/주/우편번호 *City/State/Zip*

시/주/우편번호 *City/State/Zip*

전화번호 *Phone*

전화번호 *Phone*

보건의료 대리인 고용에 대한 결정을 철회하고자 할 경우, 나는

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- 다섯가지 소원 양식의 해당 부분의 모든 복사본을 파기할 것입니다. 또는

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*

- 담당의사나 가족에게 현 보건의료 대리인 결정을 취소하거나 변경하고 싶다고 말할 것입니다. 또는

- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*

- 권한을 취소하고자 하는 각 대리인의 이름 위에 “Revoked (무효)”라고 크게 쓸 것입니다. 아울러 해당 페이지에 서명할 것입니다.

- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

나는 나의 보건의료 대리인이 의료 관련 결정을 대신 내릴 수 있음을 이해합니다. 나는 나의 대리인이 다음 사항을 이행하기를 원합니다. (아래 사항 중 대리인이 이행하기를 원하지 않는 사항에 줄을 그어 삭제하십시오.)

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)

<ul style="list-style-type: none"> • 테스트, 약, 또는 수술과 같은 치료 및 의료 서비스에 대해 나를 대신해 결정을 내립니다. 이러한 치료 또는 서비스는 내 건강상의 문제를 진단하거나 치료하기 위한 것일 수 있습니다. 이에는 생명을 연장시키기 위한 치료가 포함될 수 있습니다. 관련 치료 및 간호가 이미 시작된 경우 내 보건의료 대리인은 이를 지속시키거나 중단시킬 수 있습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.
<ul style="list-style-type: none"> • 내 소원과 가치관에 대한 보건의료 대리인의 이해를 바탕으로 이 양식이나 기타 토의에서 내가 지시한 이행 사항을 해석합니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.
<ul style="list-style-type: none"> • 나를 대신하여 보조주거시설, 병원, 호스피스, 또는 양로원 이용 절차에 대해 동의합니다. 내 보건의료 대리인은 내 치료 및 간호에 필요한 모든 종류의 간호 전문인을 고용할 수 있습니다. 또한 내 보건의료 대리인은 필요하다고 판단될 경우 간호 전문인을 해고할 수 있습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.
<ul style="list-style-type: none"> • “인공적으로 투입되는” 음식과 물, 그리고 생명 연장을 위한 기타 다른 치료를 포함한 의료 치료를 요구, 중단하거나 받지 않기로 결정합니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially provided food and water, and any other treatments to keep me alive.
<ul style="list-style-type: none"> • 나의 의료 기록 및 개인 파일을 열람하고 공개를 승인합니다. 이러한 파일들에 나의 서명이 필요할 경우 내 보건의료 대리인이 대신해 서명할 수 있습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.
<ul style="list-style-type: none"> • 필요한 치료를 받기 위해 또는 내 소원 이행을 위해 나를 다른 주로 이송할 수 있습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.
<ul style="list-style-type: none"> • 고통 경감을 위해 필요한 모든 종류의 약물투여나 조치를 승인하거나 거부합니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.
<ul style="list-style-type: none"> • 내 소원을 이행하기 위해 필요한 법적 소송을 제기합니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Take any legal action needed to carry out my wishes.
<ul style="list-style-type: none"> • 재사용 가능한 내 신체 기관이나 조직을 법에서 명시한 바에 따라 기증합니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.
<ul style="list-style-type: none"> • 나를 위해 메디케어, 메디케이드 또는 기타 프로그램이나 보험 혜택을 신청합니다. 내 보건의료 대리인은 이러한 양식 작성에 필요한 정보를 찾기 위해 은행 기록과 같은 사적인 파일을 열람할 수 있습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.
<ul style="list-style-type: none"> • 아래 내용은 내 보건의료 대리인 권한에 대한 모든 변경, 부가 및 제한 사항입니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.

소원2 — WISH 2

원하거나 원치 않는 의료 치료의 종류에 대한 소원

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

나는 내 생명이 매우 소중하다고 믿으며 존엄성을 갖고 치료받을 가치가 있다고 생각합니다. 대화하지 못할 정도로 병이 악화될 경우 다음과 같은 소원 및 내 보건의료 대리인에게 전달한 모든 지침을 존중하고 이행하길 원합니다.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

내 간병인으로서 명심해야 할 사항

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- 나는 고통받고 싶지 않습니다. 나는 정상적인 상황에서보다 수면 시간이 늘고 더 나른해질지라도 고통을 경감시킬 수 있도록 약을 충분히 투여받기를 원합니다.
- 의사나 간호사가 내 생명 연장에 반하는 행동을 취하거나 상기 목적으로 치료를 생략해서는 안 됩니다.
- 내 입에 음식과 음료가 제공되고 내 몸이 항상 청결하고 따뜻하게 유지되길 원합니다.

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

응급 상황시 유의점

In Case Of An Emergency

응급의료 상황이거나 앰بول런스 요원이 도착했을 경우 **Do Not Resuscitate** (소생 금지) 양식이나 팔찌를 확인해 볼 수 있습니다. 여러 주에서 이러한 **Do Not Resuscitate** 양식을 작성하여 의사의 서명을 받도록 하고 있습니다. 이 양식을 통해 본인의 생명이 위급할 때 생명 연장 치료를 원하지 않음을 해당 요원에게 알릴 수 있습니다. 담당 의사와 상의하여 **Do Not Resuscitate** 양식 작성이 필요한지 여부를 확인하십시오.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

내게 있어서 “생명 유지 치료”의 의미

생명 유지 치료란 생명을 지속적으로 유지시키기 위한 모든 종류의 의료 절차, 기구 또는 약물 투여를 말합니다. 생명 유지 치료에는 인공 호흡을 위해 몸에 삽입된 의료 기구, 의료 기구 (튜브 주입) 를 통한 음식 및 음료 공급, 심폐소생술 (CPR), 주요 수술, 수혈, 투석, 항생 물질 투여 및 생명 연장을 위한 기타 모든 것이 포함됩니다. 나의 종교적 또는 개인적 믿음을 이유로 생명 유지 치료의 의미를 제한하고자 할 경우 아래 여백에 해당 제한 사항에 대해 명시할 것입니다. 이는 특정 상황에서 원하는 바를 명백히 하기 위함입니다.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

아래와 같은 네 가지 상황에서 원하거나 원하지 않는 치료 종류를 명시합니다. 나는 보건의료 대리인, 가족, 담당 의사 및 기타 보건의료 제공자, 친구 그리고 기타 관련인들에게 다음과 같은 지침을 전달하고자 합니다.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

임종시:

내가 곧 사망하리라고 담당 의사 및 다른 전문 의료인이 모두 판단한 경우, 그리고 생명 연장 치료는 단지 사망 시간을 연기함에 지나지 않을 경우 (다음 중 해당 사항 하나를 선택합니다.)

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

- ☐ 생명 연장 치료를 받길 원합니다.

I want to have life-support treatment.

- ☐ 생명 연장 치료를 원하지 않습니다. 해당 치료가 이미 시작된 경우 중단을 요구합니다.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- ☐ 담당 의사가 도움이 된다고 판단한 경우 생명 연장 치료를 받길 원합니다. 그러나 해당 치료가 건강 상태나 증상 완화에 도움이 되지 않는 경우 중단하기를 원합니다.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

혼수 상태에 빠져 다시 깨어 나거나 회복이 불가능한 경우

의식 회복이 불가능한 혼수 상태에 빠졌다고 담당 의사 및 다른 전문 의료인이 모두 판단한 경우, 그리고 뇌손상을 입은 경우, 생명 연장 치료가 단지 사망 시간을 연기함에 지나지 않을 경우 (다음 중 해당 사항 *하나*를 선택합니다.)

- ☐ 생명 연장 치료를 받길 원합니다.

I want to have life-support treatment.

- ☐ 생명 연장 치료를 원하지 않습니다. 해당 치료가 이미 시작된 경우 중단을 요구합니다.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- ☐ 담당 의사가 도움이 된다고 판단한 경우 생명 연장 치료를 받길 원합니다. 그러나 해당 치료가 건강 상태나 증상 완화에 도움이 되지 않는 경우 중단하기를 원합니다.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

영구적이고 심각한 뇌손상을 입었고 회복 불가능으로 판단된 경우

영구적이고 심각한 뇌손상을 입었다고 담당 의사 및 다른 전문 의료인이 모두 판단한 경우 (예를 들어, 눈을 뜰 수는 있으나 말을 하거나 남의 말을 이해할 수 없는 경우), 그리고 상태가 더 좋아질 가능성이 없는 경우, 그리고 생명 연장 치료는 단지 사망 시간을 연기함에 지나지 않을 경우 (다음 중 해당 사항 *하나*를 선택합니다.)

- ☐ 생명 연장 치료를 받길 원합니다.

I want to have life-support treatment.

- ☐ 생명 연장 치료를 원하지 않습니다. 해당 치료가 이미 시작된 경우 중단을 요구합니다.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- ☐ 내 담당 의사가 도움이 된다고 판단한 경우 생명 연장 치료를 받길 원합니다. 그러나 해당 치료가 건강 상태나 증상 완화에 도움이 되지 않는 경우 중단하기를 원합니다.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

생명 연장 치료를 원하지 않는 기타 상황

생명 연장 치료를 원하지 않는 기타 상황이 있는 경우 아래에 설명합니다. 이러한 상황에서 생명 연장 치료의 비용 및 수고를 감내하기 힘들며 내게 큰 도움이 된다고 생각하지 않습니다. 그러므로 나는 이 상황에서 생명 연장 치료를 원하지 않습니다. (예를 들어, “end-stage condition (말기 상황)”이라고 적을 수 있습니다. 이는 상태가 더 악화되었음을 의미합니다. 더 이상 정신적으로나 신체적으로나 스스로를 돌볼 능력을 상실한 것입니다. 이 때 생명 연장 치료로 회복은 불가능합니다. 더 기술할 기타 상황이 없을 경우에는 그대로 공백으로 두십시오.)

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

다음 소원들은 내 개인적, 영적 그리고 정신적 소원에 관한 것입니다. 이 소원들은 내게 매우 중요한 의미를 지닙니다. 나는 임종이 임박했을 때 존엄을 잃지 않은 모습으로 치료와 간호를 받길 원합니다. 따라서 이행 가능시 소원 3, 4, 및 5에 명시한 사항을 이행하기를 원합니다. 내 가족, 담당 의사와 기타 보건의료 제공자, 친구들 및 기타 관련인들이 이러한 사항을 이행하지 못할 수도 있으며 법적으로 이를 이행해야 하는 것이 아님을 이해합니다. 다음 소원들로 인해 내 담당 의사 또는 다른 보건의료 제공자들에게 새 또는 추가적인 법적 의무가 부과되는 것을 원치 않습니다. 또한 다음 소원들을 이유로 담당 의사나 다른 보건의료 제공자들이 법적으로 요구되는 적절한 치료를 내게 제공하지 않는 일이 벌어지지 않길 바랍니다.

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

소원 3 — WISH 3

원하는 편안함의 정도에 대한 소원

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(동의하지 않는 사항은 줄을 그어 삭제하십시오.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- 나는 고통받고 싶지 않습니다. 정상적인 상황에서보다 수면 시간이 늘고 더 나른해질 지라도 고통을 경감시킬 수 있다면 약을 충분히 투여받기를 원합니다.

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.

- 우울증, 구역질, 숨참 또는 환각 증상이 나타나는 경우 내 간병인이 증상 경감을 위해 가능한 모든 조치를 취하길 원합니다.

- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.

- 열이 있는 경우 젖은 수건을 내 머리에 얹어주기를 원합니다.

- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.

- 건조함을 막기 위해 내 입술과 입이 촉촉하게 유지되길 원합니다.

- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.

- 따뜻한 목욕을 자주 할 수 있기를 원합니다. 항상 몸이 깨끗하고 청결히 유지되길 원합니다.

- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.

- 가능한 한 자주 따뜻한 오일 마사지를 받길 원합니다.

- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.

- 임종 시까지 가능한 경우 좋아하는 음악을 켜놓고 듣기를 원합니다.

- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.

- 고통이나 불편함을 동반하지 않는 한 면도, 손톱정리, 머리빗기 및 치솔질과 같은 케어를 받고 싶습니다.

- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.

- 임종이 가까워질 때 종교 서적 및 좋아하는 시집을 크게 읽어주길 원합니다.

- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.

- 본인과 본인의 사랑하는 가족들에게 의료 서비스 및 정서적 영적 치료를 제공할 수 있는 호스피스 서비스 옵션에 대해 알고 싶습니다.

- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

소원 4 — WISH 4

원하는 보살핌 방식에 대한 소원

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(동의하지 않는 사항은 줄을 그어 삭제하십시오.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">가능한 한 사람들이 주위에 있어주길 원합니다. 언제라도 사망할 수 있는 가능성이 있는 경우 누군가가 내 옆에 있어주길 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">내가 목소리나 손길에 반응하지 않더라도 가능한 한 내 손을 잡아주고 내게 말을 건네주길 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">가능한 한 내 주위에서 사람들이 기도해 주길 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">내 믿음 공동체 형제자매들에게 내가 매우 아프다고 전하고 기도와 방문을 부탁하기를 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">슬픈 분위기가 아닌 친절하고 명랑한 분위기 속에서 간호받고 싶습니다. | <ul style="list-style-type: none">I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">내 방 침대 곁에 사랑하는 가족들의 사진을 놓아주길 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">대소변을 통제하지 못할 경우 내 옷과 침구가 청결하게 유지되길 원하며 더럽혀졌을 경우 가능한 한 빨리 교체되길 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">가능하다면 내 집에서 임종하길 원합니다. | <ul style="list-style-type: none">I want to die in my home, if that can be done. |

소원 5 — WISH 5

사랑하는 가족들에게 알리고 싶은 사항에 대한 소원 My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(동의하지 않는 사항은 줄을 그어 삭제하십시오.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- 내 가족과 친구들에게 내가 그들을 사랑한다는 것을 전하길 원합니다.

- I wish to have my family and friends know that I love them.

- 내 가족, 친구 및 다른 사람들에게 상처를 주었던 일에 대해 용서받길 원합니다.

- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.

- 내 가족, 친구 및 다른 사람들이 내게 준 상처에 대해 용서한다는 것을 전해주길 원합니다.

- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.

- 내가 죽음 자체에 대한 두려움이 없다는 것을 내 가족과 친구들이 알기를 원합니다. 나는 죽음이 끝이 아니고 새로운 시작이라고 생각합니다.

- I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.

- 가능하다면 내가 죽기 전에 모든 가족들이 서로 화해하기를 원합니다.

- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.

- 내 가족들과 친구들이 건강이 악화되기 이전의 나의 모습을 회상하길 원합니다. 내가 사망한 후에는 바로 그 이전의 모습으로 나를 기억해주길 원합니다.

- I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.

- 내 가족과 친구들과 간병인들이 내 소원에 동의하지 않는 경우에도 이를 존중해주길 원합니다.

- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.

- 내 가족과 친구들이 나의 임종 과정을 나를 포함한 모든 이들의 개인적 성장의 시간으로 삼아주길 원합니다. 이를 통해 나는 삶의 마지막 단계에서 의미있는 시간을 보낼 수 있게 될 것입니다.

- I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

- 내 가족과 친구들이 내 임종을 받아들이는데 어려움이 있을 경우 상담을 받기를 원합니다. 내 인생의 추억들이 그들에게 슬픔이 아닌 기쁨이 되었으면 합니다.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- 임종 후 내 신체를 다음 방법으로 처리해주길 바랍니다. (택일 동그라미):
매장 또는 화장

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- 내 신체 또는 화장한 재를 다음 장소에 보존하기를 원합니다.

- My body or remains should be put in the following location

- 다음에 명시한 사람은 나의 장례 희망사항에 대해 알고 있습니다.

- The following person knows my funeral wishes:

나를 어떻게 기억하고 싶은지에 대해 질문을 받는다면 나에 대해 다음 내용을 말해 주길 원합니다.

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

나에 대한 추모식이 있을 경우 다음 사항을 포함해 주길 원합니다.

(특별히 원하는 음악, 노래, 낭독 또는 기타 내용을 열거하십시오.)

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(기타 다른 소원이 있는 경우 아래 공간을 이용하십시오. 예를 들어 사망 후 전체 또는 부분 등 기증하고 싶은 신체에 대해 적을 수 있습니다. 공간이 더 필요한 경우 다른 종이에 적어 첨부하십시오.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

다섯가지 소원 양식 서명

두 사람의 증인의 참관 하에 다섯가지
소원 양식에 서명하십시오.

본인, _____은(는) 내 가족,
담당의사 및 기타 보건의료 제공자, 친구, 그리고 기타 모든
관련인들에게 내 보건의료 대리인 (대리인이 있고 그가 역
할수행이 가능한 경우) 을 통해 전달하거나 이 양식을 통해
명시한 내 소원들을 이행할 것을 요구합니다. 본 양식은 내
가 더 이상 결정을 내리지 못하거나 의사를 표명하지 못하
게 될 때 유효하게 됩니다. 본 양식의 특정 부분이 법적으로
이행이 불가능한 경우 양식의 나머지 부분을 모두 이행할
것을 요구합니다. 또한 이전에 작성했던 모든 보건의료 사
전 지시서를 무효화합니다.

서명 Signature: _____

주소 Address: _____

전화번호 Phone: _____ 날짜 Date: _____

증인 진술서 . (2명의 증인 필요):

나, 증인은, 이 양식을 서명 또는 승인한 해당인 (이하
“해당인”) 이 내가 개인적으로 아는 사람으로서 본인의
참관하에 본 [보건의료 대리인 및/또는 생전 유언서 양
식]을 서명하고 승인하였고 건전한 정신을 지니고 있으
며 어떤 협박이나 사기 또는 부당한 영향을 받지 않았음
을 선언합니다.

나는 또한 만 18세 이상이며 다음 사항에 해당되지 않음
을 선언합니다:

- 본 문서에 의해 (대리인/대행인/후견인/환자 지지
자/상속인) 또는 후임자로 임명된 개인
- 해당인에게 서비스를 제공하는 보건의료, 장기간
호 또는 기타 거주나 지역사회 요양 시설의 소유
자나 운영자를 포함한 해당인의 보건의료 제공자
- 해당인의 보건의료 제공자의 직원
- 해당인의 보건의료에 대한 재정적인 책임이 있는
경우
- 해당인의 생명보험이나 의료보험 제공자의 직원
- 해당인과 혈연 관계, 결혼 관계 또는 입양 관계인
경우
- 내가 아는 한, 법 적용 하에 해당인의 채권자이거나
유언장이나 유언 보충서에 의거해 해당인의 어
떠한 유산에 대해서라도 권리가 있는 경우

(일부 주에서는 증인 자격에 대한 법이 덜 엄격할 수 있습
니다. 해당 주의 법을 확실히 알기 전에는 상기 사항을 따
르도록 합니다.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the
presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my
family, my doctors, and other health care providers, my
friends, and all others, follow my wishes as communicated
by my Health Care Agent (if I have one and he or she is
available), or as otherwise expressed in this form. This form
becomes valid when I am unable to make decisions or speak
for myself. If any part of this form cannot be legally followed,
I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke
any health care advance directives I have made before.

Witness Statement . (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or
acknowledged this form (hereafter “person”) is personally
known to me, that he/she signed or acknowledged this
[Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my
presence, and that he/she appears to be of sound mind and
under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/
patient advocate/representative) by this document or
his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner
or operator of a health, long-term care, or other
residential or community care facility serving
the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for
the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption,
and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person
or entitled to any part of his/her estate under a will or
codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness.
Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

증인 1 서명 *Signature of Witness #1*

증인 이름 (정자 기재) *Printed Name of Witness*

주소 *Address*

전화번호 *Phone*

증인 2 서명 *Signature of Witness #2*

증인 이름 (정자 기재) *Printed Name of Witness*

주소 *Address*

전화번호 *Phone*

공증 . Notarization .

미주리, 노스 캐롤라이나, 사우스 캐롤라이나 및 웨스트 버지니아주 거주자에게만 요구됨.
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- 미주리 주에 거주하는 경우 본인의 서명만을 공증 받으시면 됩니다.
- 노스 캐롤라이나, 사우스 캐롤라이나 또는 웨스트 버지니아 주에 거주하는 경우 본인의 서명과 증인의 서명을 공증 받아야 합니다.
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this _____ day of _____, 20____, the said _____, _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

위스콘신 주민들은 다섯가지 소원 양식에 위스콘신주 통지서를 첨부해야 합니다.

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

더 자세한 내용 및 통지서는 www.agingwithdignity.org 에서 확인할 수 있습니다.

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

캘리포니아, 코네티컷, 델라웨어, 조지아, 뉴욕, 노스 다코타, 사우스 캐롤라이나 및 버몬트의 시설을 이용하는 주민들은 특별 증명법(Special Witnessing rules)을 따라야 합니다.

Residents of Institutions In California, Connecticut, Delaware, Georgia, New York, North Dakota, South Carolina, and Vermont Must Follow Special Witnessing Rules.

상기 주의 특정 기관(양로원, 기타 인가된 장기 간호시설, 정신 장애 및 발달 장애인 센터, 또는 정신 병원) 에 거주하는 경우 특별 “증명 요구사항”을 준수해야 다섯가지 소원 양식이 유효하게 됩니다. 자세한 사항은 해당 기관의 사회복지사나 환자대변인에게 문의하십시오.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

다섯가지 소원 양식 작성이 끝난 후 참고 사항

- 지침에 명시된 바에 따라 해당 양식에 서명하고 증명하십시오. 이 절차가 모두 끝나면 귀하의 다섯가지 소원 양식이 합법적이고 유효한 문서가 됩니다.
- 귀하를 보살펴 주는 보건의료 대리인, 가족 및 다른 사람들과 귀하의 소원에 관한 대화를 나누십시오. 완성된 다섯가지 소원 양식 복사본을 나눠 주십시오.
- 서명한 원본은 댁 내의 안전한 장소에 보관하십시오. 그러나 은행의 대여 금고에는 보관하지 마십시오. 필요할 때 부탁한 사람이 신속하게 찾을 수 있도록 가까운 곳에 보관하십시오.
- 나는 완성된 다섯가지 소원 복사본을 다음과 같은 사람들에게 나누어 주었습니다:
- 아래의 지갑용 카드(wallet card)를 작성하십시오. 그러면 귀하가 다섯가지 소원을 보관한 장소를 다른 사람들이 쉽게 알 수 있습니다.
- 다음 진료 방문시 의사에게도 알리고 다섯가지 소원 복사본을 한 장 주십시오. 이 복사본이 귀하의 의료 기록과 함께 보관되도록 하십시오. 담당 의사가 귀하의 소원에 대해 이해하고 그대로 이행할 수 있는지 확인하십시오. 귀하를 치료하는 다른 의사들도 이를 존중하도록 부탁하십시오.
- 병원이나 양로원에서 지내게 될 경우 다섯가지 소원 복사본을 가지고 가 귀하의 의료 기록과 함께 보관할 것을 부탁하십시오.
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

다섯가지 소원은 미래를 계획하도록 도와 줍니다. 따라서 법적인 조언이나 모든 종류의 질문에 대한 답을 제공하는 것이 목적이 아닙니다. 모든 사람들은 다르며 모든 상황도 각기 다릅니다. 법이란 것은 때때로 변경됩니다. 특정 질문이나 문제가 있을 경우 의료 전문인이나 법조인에게 문의하십시오.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

다섯가지 소원 지갑용 카드

<p>Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive.</p> <p>의료 요원에 대한 중요한 고지 사항: 본인은 다섯가지 소원 사전 지침을 보유하고 있습니다.</p> <p>_____</p> <p>Signature 서명</p> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:</p> <p>비상시에는 본 문서를 참고 및/또는 본인의 보건의료 대리인과 상의하십시오. 보건의료 대리인:</p> <p>_____</p> <p>Name 이름</p> <p>_____</p> <p>Address 주소 City/State/Zip 시/주/우편번호</p> <p>_____</p> <p>Phone 전화번호</p> <p>_____</p>	<p>My primary care physician is: 본인의 주치의:</p> <p>_____</p> <p>Name 이름</p> <p>_____</p> <p>Address 주소 City/State/Zip 시/주/우편번호</p> <p>_____</p> <p>Phone 전화번호</p> <p>_____</p> <p>My document is located at: 해당 문서는 다음 장소에 보관되어 있습니다.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

카드를 잘라 내어 접은 후 코팅하여 보관하십시오.

다음은 다섯가지 소원에 대한 사용 후기입니다.

“어머니가 돌아가신지 1년이 지났습니다. 어머니가 준비하신 다섯가지 소원 생전 유언서 덕분에 어머니가 원하시는 바를 알 수 있었습니다. 마지막 순간을 맞이했을 때 남동생과 저는 어떤 일을 해야 하는지 너무 잘 알고 있었습니다. 따라서 저희는 평안한 마음으로 일을 처리할 수 있었습니다.”

Cheryl K.
Longwood, 플로리다

“일단 다섯가지 소원이 상당히 만족스럽다고 말하고 싶습니다. 이 양식은 명확하고, 이해하기 쉬우며 구체적인 의료 관련 문제보다는 더 중요한 의미를 갖는 인간적 간호에 중점을 두고 있습니다. 제 자신과 남편을 위해 사용했습니다.”

Susan W.
Flagstaff, 애리조나

“지금 제가 어머니를 위해 결정을 내리고 있는 것처럼 후에 내 자녀들이 나를 대신해서 이러한 결정들을 내릴 필요가 없었으면 합니다. 고려할 수 있는 의료 선택의 옵션이 그렇게 다양한지 미처 몰랐습니다. 매우 꼼꼼하고 세심한 양식을 마련해 주셔서 감사합니다. 간편하게 양식을 작성한 후 자녀들을 위해 파일에 보관해 둘 수 있어 좋습니다.”

Diana W.
Hanover, 일리노이

다섯 가지 소원은 생명이 위독할 때 본인이 원하는 의료 서비스를 미리 계획하여 받을 수 있도록 돕는 것을 목적으로 하는 비영리조직인 Aging with Dignity에 의해 작성되었습니다. 다섯 가지 소원 제작에는 Robert Wood Johnson 재단이 후원금을 제공해 주셨습니다.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
www.agingwithdignity.org
1-888-594-7437

다음은 다섯가지 소원 번역을 후원해 주신 재단입니다.

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

다음은 전문 번역 서비스 제공 회사입니다.

Professional translation services provided by

Language Services Associates

다섯가지 소원은 Aging with Dignity의 등록 상표입니다. 모든 권한을 보유합니다. 본 간행물의 내용은 Aging with Dignity가 저작권을 소유하고 있습니다. 본 간행물의 어떠한 부분도 Aging with Dignity의 서면 승인없이 복사, 녹음, 정보 축적 및 검색 시스템을 포함한 전자적 또는 기계적인 어떤 형식이나 수단으로든 복제 또는 전송할 수 없습니다. 본 문서의 내용이 저작권으로 보호되고 있으나 담당 의사, 간병인, 보건의료 대리인, 가족 또는 기타 관련인들에게 완성된 다섯가지 소원 양식 복사본을 제공할 목적으로 본 문서를 사진 복사하는 것은 허용됩니다. 그 외의 다섯가지 소원 복제 또는 사용은 Aging with Dignity의 승인을 받아야 합니다. Aging with Dignity는 소원 2의 초안을 마련해 주신 Oregon Health Decisions와 도움을 주신 Kate Callahan 씨, Charles Sabatino 씨 및 Tere Saenz 씨에게 감사의 말씀을 전합니다.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

