General Information About the Living Will

1. Thai doctors do not like to talk about the possibility of death – they are reluctant to give a straight answer – so if the individual's condition is believed to be terminal, the question to ask the Thai physician is "what is the 5 year survival rate?" for my condition. If the 5 year survival rate is 5% - it means that 95 % of those with a similar condition usually die within five years. If the 5 year survival rate is 95%, only 5% will die within 5 years – a much happier statistic.

2. Dr. Iain suggestion - Always get a 2nd, and a 3rd opinion if your condition is serious.

3. The statistics tell us that 30% of people die due to cancer. If you want to find out how widespread the cancer is, a PET scan is recommended. It is expensive – and the only PET scan machine currently in Thailand is at a member hospital of the Bangkok Hospital Group in Bangkok.

4. Why should you have a Living Will? Because the nature of Thai culture is to continue treatment until a person actually dies, and can include the use of what a westerner would consider extreme treatment. The Living Will gives the individual or the individual's relative or companion the right to determine what measures will or will not be taken to prolong life - if the individual is unable.

5. The Living Will should be done now, or as soon as possible. Statistics tells us that 70% of people do not die of cancer, they die of something else – other diseases, auto accidents, violent acts, etc. – which are not predictable, could happen anytime, and may result in long periods of unconsciousness or inability to direct your own treatment. The form MUST be completed when you are of sound mind and body – the Thai Law approving the Living Will states that it shall not be completed when you are considered incompetent . So do not wait, do it soon!

6. Please read the Living Will carefully and consider what you would or would not want done to prolong your life, and if you are not able to communicate make sure your relative or companion understands what your treatment choices are.

7. The Living Will on this website is a copy of the Living Will on the Thai Government website. The Bangkok Hospital information on the form was added by the Bangkok Hospital. The completed form can be submitted to any Thai hospital that will take it.

8. It is suggested that you submit the completed Living Will to the hospital or hospitals you usually go to, and that you keep at least two additional completed copies of it with your important documents. .If you have executed and filed a Living Will with the same or another hospital, it is recommended that you request that the one on file be removed, and the new one included in your medical record. As a general rule even if you have submitted a similar form before, the new form will be considered your Official document.

9. The completed form does not have to be notarized. There are signature lines for you, your relative or acquaintance, and two Witnesses.

โรงพยาบาลกรุงเทพ
BANGKOK HOSPITAL
พัทยา • PATTAYA

Name: .....

Birth Date:..... Age:..... Gender:.....

Nationality.....

HN: ..... EN/AN:.....

Visit Date:..... OPD/Ward.....

Physician:.....

Allergies:.....

Living Will

Location .....

Date .....

I, (First name .....Middle name.....Last Name.....

Passport Number .....Nationality.....

Address in Thailand .....

Address in home country.....

Tel no.....Office telephone no.....

E – mail address.....

1. being of sound mind, willfully and voluntarily make this declaration to be followed if I become incompetent. I wish to utilize my right according to Thai Statue No. 12 of the National Health Law of the year 2550. This declaration reflects my firm and settled commitment to refuse life-sustaining treatment under the circumstances indicated below.

2. I direct my attending physician to withhold or withdraw life-sustaining treatment that serves only to prolong the process of my dying, if I should be in a terminal condition or in a state of permanent unconsciousness. I wish that the treatment be stopped by signing the terms below.

I do not want	signature
cardiac resuscitation	
Tracheostomy	
mechanical respiration	
Feeding tube	
Other (specify)	

3. Even though I have directed that I refuse treatment as shown in #2 above, I direct that treatment be limited to measures to keep me comfortable and to relieve pain, including any pain that might occur by withholding or withdrawing life-sustaining treatment.

I wish that the medical team carry out my wishes as follows:

☐ I wish to expire at home

☐ I wish to receive spiritual support as follows.....

I want to designate another person as my surrogate to make medical treatment decisions for me if I should be incompetent and in a terminal condition or in a state of permanent unconsciousness.

(First & Last Name).....

The declaring or the person on behalf of and at the direction of the declaring knowingly and voluntarily signed this writing by signature or mark in my presence.

โรงพยาบาลกรุงเทพ
BANGKOK HOSPITAL
พัทยา • PATTAYA

Name: .....

Birth Date:..... Age:..... Gender:.....

Nationality.....

HN: ..... EN/AN:.....

Visit Date:..... OPD/Ward.....

Physician:.....

Allergies:.....

Living Will

I issued this directive at the presence of the witnesses as shown in the signatures below.

Signature .....

Declaring

Signature .....

Relative or Acquaintance

Signature ..... Signature.....

First & Last Name..... First & Last Name.....

Witness Witness

Relative or Acquaintance

First & Last Name .....Relationship.....

Passport or ID No. .....

Address .....

.....

Telephone No. ..... Office phone No. .....

Witness

First & Last Name .....Relationship.....

Passport or ID No. .....

Address .....

Telephone No. ..... Office phone No. .....

Witness

First & Last Name .....Relationship.....

Passport or ID No. .....

Address .....

Telephone No. ..... Office phone No. .....

Note:

This Declation is to help facilitate the wishes of the Declaring to refuse medical treatment according to Thai Statue No. 12 of the National Health Law of the year 2550. The Declaring can clarify the intent to suit his/her personal situations.

โรงพยาบาลกรุงเทพ
BANGKOK HOSPITAL
พัทยา • PATTAYA

Name: .....
Birth Date: ..... Age: ..... Gender: .....
Nationality: .....
HN: ..... EN/AN: .....
Visit Date: ..... OPD/Ward: .....
Physician: .....
Allergies: .....

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

เขียนที่ .....
วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) .....
บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
.....
หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน .....
อีเมล์ (ถ้ามี) .....

1. ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความประสงค์ที่ใช้สิทธิตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
2. เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่อาจรักษาได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อ ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยได้ลงชื่อกำกับบริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธไว้ ดังต่อไปนี้

บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าของปฏิเสธ	ลงชื่อกำกับ
การฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด	
การเจาะคอ	
การใช้เครื่องช่วยหายใจ	
การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง	
อื่น ๆ ระบุ	

3. แม้ว่าข้าพเจ้าจะปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขตาม ข้อ 2 แต่ข้าพเจ้ายินดีที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
4. ข้าพเจ้าขอความกรุณาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้
   - ☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
   - ☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่น ๆ ระบุ .....
   .....
5. หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ เกิดขึ้นในช่วงที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ขอให้บุคคลใกล้ชิดหรือญาติของข้าพเจ้า คือ
   (ชื่อ-นามสกุล) ..... เป็นผู้ทำหน้าที่อธิบายเจตนาของข้าพเจ้า

โรงพยาบาลกรุงเทพ
BANGKOK HOSPITAL
พัทยา • PATTAYA

Name: .....

Birth Date: ..... Age: ..... Gender: .....

Nationality: .....

HN: ..... EN/AN: .....

Visit Date: ..... OPD/Ward: .....

Physician: .....

Allergies: .....

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้แล้ว

ลงชื่อ .....

ชื่อ-สกุล .....

ผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ .....

ชื่อ-สกุล .....

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ .....

ชื่อ-สกุล ..... ชื่อ-สกุล .....

พยาน พยาน

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

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

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

.....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน .....

พยาน

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

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

.....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน .....

พยาน

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

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

.....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน .....

หมายเหตุ

หนังสือแสดงเจตนาฯ นี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ผู้แสดงเจตนาฯ สามารถนำไปปรับปรุงให้ตรงกับเจตนาของตนได้