**DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE DECISIONS**

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STaTe Of

**Name of Second Alternate Agent:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name of First Alternate Agent:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name of Agent:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I have attached information about treatment choices I wish
to have honored by my agent.

1.

 **DECISION TO NAME SOMEONE TO SPEAK FOR ME**

I, (your name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (date of birth) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  , appoint the following person(s) to

make healthcare decisions for me when I am unable to make or communicate my own wishes:

 agent may not be the treating healthcare provider, an employee of the treating healthcare provider, or an employee, owner,

director or officer of a facility, unless that person is a relative or is bound to you by common vows to a religious life.

**PLEASE PRINT:**

Telephone

Telephone

agent’s address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State/Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone

Telephone

agent’s address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State/Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone

Telephone

agent’s address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State/Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This power of attorney for healthcare decisions shall become effective when I am unable to make decisions or unable to communicate
my wishes regarding healthcare. This power of attorney for healthcare decisions shall not be affected by my subsequent disability or
in- capacity. Any durable power of attorney for healthcare decisions I have previously made is hereby revoked.

AuThORITy  GRANTED
healthcare agent may:

My

**My agent shall authorize consent for the following special**

 Consent, refuse consent, or withdraw consent to any care,

**instructions:**

 treatment, service or procedure to maintain, diagnose or

 treat a physical or mental condition;

2.  Make all arrangements for me at any hospital, treatment
 facility, hospice, nursing home or similar institution;

■

■

I wish to be a donor for organs and tissues.

page(s) attached.

3.  employ or discharge healthcare personnel including physi-

 cians, psychiatrists, dentists, nurses, therapists or other

**LIMITATIONS ON AuThORITy GRANTED**

**My healthcare agent may not:**

 persons who provide treatment for me;

4.  Request, receive and review any information, spoken or
 written, regarding my personal affairs or physical or men-
 tal health including medical and hospital records, and exe-
 cute any releases or other documents that may be required
 in order to obtain such information; and

1.

2.

exceed the powers set out in writing in this document; *or*
Revoke any existing Living Will Declaration I may have.

5.  Make decisions about organ and tissue donations,

 autopsy and the disposition of my body.

        signature

date

**Notary Public:**

Notary Seal:

COuNTY Of

This instrument was acknowledged before me this

day of

(month, year)

Signature of Notary

**oro**

**Witnesses: (witnesses may not be the agent or a relative, or beneficiary of the principal)**

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Signature)

   Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Signature)

   Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This document is based on Kansas Statutes Annotated, (58-625 through 632)

Additional forms and information are available through

**Wichita Medical Research & Education Foundation**
**3306 E. Central, Wichita, KS 67208**

**316-686-7172**

[**www.wichitamedicalresearch.org**](http://www.wichitamedicalresearch.org)

**LIVING WILL DECLARATION**

STaTe Of

**Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

permitted to die

be

I

withdrawn and that

**Kansas Natural Death Act**

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

being

 naturally

of sound mind, willfully and voluntarily making

known my desire that my dying shall not be

artificially prolonged under the circumstances

set forth below, do hereby declare:

       If at any time I should have an incurable injury,
disease, or illness certified to be a terminal condition
by two physicians who have personally examined me,
one of whom shall be my attending physician, and the
physicians have determined that my death will occur
whether or not life-sustaining procedures are utilized
and where the application of life-sustaining procedures
would serve only to artificially prolong the dying
process, I direct that such procedures be withheld or

with only the administration of medication or the

performance of any

medical procedure deemed necessary to provide me
with comfort care.

      In the absence of my ability to give directions
regarding the use of such life-sustaining procedures,
it is my intention that this declaration shall be
honored by my family and physician(s) as the final
expression of my legal right to refuse medical or
surgical treatment and accept the consequences from
such refusal.

      I understand the full import of this declaration
and I am emotionally and mentally competent to
make this decision. any Living Will declaration I
have previously made is hereby revoked.

Declarations made this

(day) of

(month, year)

**Signature:**

**X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date of Birth**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**street                                                                                                    city                        state                  zip**

This document must be witnessed by two individuals *or*acknowledged by a notary public.

**Notary Public:**

Notary Seal:

COuNTY Of

This instrument was acknowledged before me this

day of

(month, year)

Signature of Notary

**oro**

**Witnesses:**

The declarant has been personally known to me and I believe the declarant to be of sound mind. I did not sign the declarant's
signature above for or at the direction of the declarant. I am not related to the declarant by blood or marriage, entitled to any
portion of the estate of the declarant according to the laws of intestate succession or under any will of declarant or codicil
thereto, or directly responsible for declarant’s medical care.

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               City, State, Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This document is based on Kansas Statute 65-28,101 et seq. as amended

Additional forms and information are available through

**Wichita Medical Research & Education Foundation**
**3306 E. Central, Wichita, KS 67208**

**316-686-7172**

 DNR
DO-NOT-RESUSCITATE DIRECTIVE

(Date)

**K.S.A. 65-4941, ET. SEQ.**

**DECISION TO LIMIT EMERGENCY MEDICAL CARE**

I, (Your name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, request that effective
today, emergency care for me will be limited as described below.

 **If my heart stops beating or if I stop breathing, no medical procedures to restart**
**breathing or heart functioning will be instituted. No resuscitation will be attempted.**

• I understand that the procedure I am refusing, known as cardiopulmonary
 resuscitation, (CPR), includes chest compressions, assisted ventilations, intubation,
 defibrillation, administration of cardiotonic medications and other related medical
 procedures.

• I do not intend for this decision to prevent me from obtaining other medical care,
 especially comfort measures and pain medication.

• I understand I may revoke this directive at any time.

• I give permission for this information to be given to emergency care providers,
 doctors, nurses or other health care personnel.

• This DNR directive shall remain in effect while I am admitted at a medical care
 facility or care home as well as during transport to or from a home or facility.

**X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Signature)

(Date)

**X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Witness Signature)

(Date)

Attending Physician Order: I have discussed the use of cardiopulmonary resuscitation
with this patient and recognize the patient’s decision to refuse CPR.

• In the event of an acute cardiac or respiratory arrest, no cardiopulmonary resuscitation
 shall be attempted. **DNR**

**X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Attending Physician’s Signature)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Address)

(Facility, Clinic or Hospital Name)

Revocation: I hereby withdraw the above DNR directive.

**X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Signature)

(Date)

Form #130 Rev. 4/2003.  © 2011 Wichita Medical Research & Education Foundation

We thank Kansas Health Ethics, Inc. (now closed) for their efforts in the development of this and other documents. For more information about obtaining
 copies of this document contact Wichita Medical Research & Education Foundation, 316-686-7172 or tcarter@wichitamedicalresearch.org,

 [**www.wichitamedicalresearch.org**](http://www.wichitamedicalresearch.org)