ooxWord://word/media/image1.pngooxWord://word/media/image2.pngooxWord://word/media/image3.pngooxWord://word/media/image4.pngooxWord://word/media/image5.pngooxWord://word/media/image6.pngooxWord://word/media/image7.pngooxWord://word/media/image8.pngooxWord://word/media/image9.png  Advance Directive

Last 4 digits of SSN:

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

Durable Power of Attorney for Healthcare   
 (Patient Advocate Designation)

Introduction

This document provides a way for an individ- ual   
to create a Durable Power of Attorney for   
Healthcare (Patient Advocate Designation) and

other documentation that will meet the basic   
requirements for this state.

This Advance Directive allows you to appoint a   
person (and alternates) to make your health care   
decisions if you become unable to make these   
decisions for yourself. The person you appoint is   
called your Patient Advocate. This document   
gives your Patient Advocate author- ity to make

your decisions only when you have been   
determined unable to make your own decisions

by two physicians, or a physician and a licensed   
psychologist.

It *does not*give your Patient Advocate any    
authority to make your financial or other busi-

ness decisions.

Before completing this document, take time to   
read it carefully.**It also is very important that**

**you discuss your views, your values, and**  
**this document with your Patient Advocate.**

If you do not closely involve your Patient    
Advocate, and you do not make a clear plan

together, your views and values may not be fully   
respected because they will not be understood.

This document was developed to meet the    
legal requirements of Michigan. It is not de-

signed to replace the counsel of your attorney.

This is an Advance Directive for (print legibly):

Name:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth:

Telephone (Day):                                        (Evening):

              (Cell):

Address:

City/State/Zip:

Where I would like to receive hospital care (whenever possible): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 1A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image11.pngooxWord://word/media/image12.pngooxWord://word/media/image13.pngooxWord://word/media/image14.pngooxWord://word/media/image15.pngooxWord://word/media/image16.pngooxWord://word/media/image17.pngooxWord://word/media/image18.pngooxWord://word/media/image19.pngooxWord://word/media/image20.pngooxWord://word/media/image21.pngooxWord://word/media/image22.pngooxWord://word/media/image23.pngooxWord://word/media/image24.pngooxWord://word/media/image25.pngooxWord://word/media/image26.pngooxWord://word/media/image27.pngooxWord://word/media/image28.pngooxWord://word/media/image29.pngooxWord://word/media/image30.pngooxWord://word/media/image31.png**Advance Directive: My Patient Advocate**

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

*If I am no longer able to make my own health care deci-*  
*sions, this document names the person I choose to make*  
*these choices for me. This person will be my Patient*  
*Advocate. This person will make my health care decisions*  
*when I am determined, by either two physicians or a phy-*  
*sician and licensed psychologist, to be incapable of mak-*  
*ing health care decisions. I understand that it is important*  
*to have ongoing discussions with my Patient Advocate*  
*about my health and health care choices. I hereby give*

*my Patient Advocate permission to send a copy of this*  
*document to other doctors, hospitals and health care*  
*providers that provide my medical care.*

***(NOTE: If your wishes change****, you may revoke your*  
*Patient Advocate Designation at any time and in any*

*manner sufficient to communicate an intent to revoke.*  
***It is recommended that you complete a new***

***Advance Directive and give it to everyone who***  
***has a previous copy.)***

**The person I choose as my Patient Advocate is**

Name:

 Relationship (if any):

Telephone (Day):

 (Evening):

            (Cell):

Address:

City/State/Zip Code:

**First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)**

*If Patient Advocate above is not capable or willing to make these choices for me, then I designate the*  
*following person to serve as my Patient Advocate.*

Name:

 Relationship (if any):

Telephone (Day):

 (Evening):

            (Cell):

Address:

City/State/Zip Code:

**Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)**

*If the Patient Advocates named above are not capable or willing to make these choices for me,*  
*then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.*

Name:

 Relationship (if any):

Telephone (Day):

 (Evening):

            (Cell):

Address:

City/State/Zip Code:

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 2A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image33.pngooxWord://word/media/image34.pngooxWord://word/media/image35.pngooxWord://word/media/image36.pngooxWord://word/media/image37.pngooxWord://word/media/image38.pngooxWord://word/media/image39.pngooxWord://word/media/image40.pngooxWord://word/media/image41.pngooxWord://word/media/image42.pngooxWord://word/media/image43.pngooxWord://word/media/image44.png**Advance Directive Signature Page**

which would allow me to die, and I acknowledge such decisions could or would allow my death.

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

*I have instructed my Patient Advocate(s) con-*  
*cerning my wishes and goals in the use of life-*  
*sustaining treatment - such as, but not limited to:*  
*ventilator (breathing machine), cardiopulmonary*

*resuscitation (CPR), nutritional tube feedings,*  
*intravenous hydration, kidney dialysis, blood*  
*pressure or antibiotic medications—and hereby*

*give my Patient Advocate(s) express permission to*  
*help me achieve my goals of care. This may include*

*beginning, not starting, or stopping treatment(s).*  
*I understand that such decisions could or would*  
*allow my death. Medications and treatment*

*intended to provide comfort or pain relief shall*  
*not be withheld or withdrawn.*

I expressly authorize my Patient Advocate to make decisions to withhold or withdraw treatment

*This Advance Directive includes the following sections: Spiritual/Religious Preferences; End of Life Care;*  
*Anatomical Gift(s) - Organ/Tissue/Body Donation; Autopsy Preference; Burial/Cremation Preference; Mental*

*Health Treatment. May also include: Treatment Preferences (Goals of Care); Statement of Treatment Preferences*

**Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses**

**I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to**  
**give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least**  
**eighteen (18) years old and of sound mind.**

Signature:

Date:

Address:

City/State/Zip Code:

**Signatures of Witnesses**

I know this person to be the individual identified as the “Individual” signing this form. I believe him or her    
to be of sound mind and at least eighteen (18) years of age. I personally saw him or her sign this form, and   
I believe that he or she did so voluntarily and without duress, fraud, or undue influence. By signing this    
document as a witness, I certify that I am:

• At least 18 years of age.

• Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.   
• Not the patient’s spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.

• Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient’s estate.   
• Not directly financially responsible for the patient’s health care.

• Not a health care provider directly serving the patient at this time.

• Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.

Witness Number 1:

Signature:

   Date:

Print Name:

\_\_

Address:

 \_\_

City/State/Zip Code:

Witness Number 2:

Signature:

   Date:

\_\_\_

Print Name:

\_\_

Address:

 \_\_

City/State/Zip Code:

\_\_

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 3A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

**Accepting the Role of Patient Advocate**

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

**Acceptance**

*The person named above has asked you to serve as his or her Patient Advocate (or as an alternate Patient*  
*Advocate). Before agreeing to accept the Patient Advocate responsibility and signing this form, please:*

*1.*

*Carefully read the****Introduction (1A)****,****Overview****and this completed****Patient Advocate Designation Form****,*  
 *(including any optional****Preferences****listed on pages 6A-9A). Also, take note of any****Treatment Preferences***

*(Goals of Care, pages 1B-2B) and/or Statement of Treatment Preferences that may be attached. These*  
 *documents will provide important information that you will use in discussing the person’s preferences and*

*in potentially acting as this person’s Patient Advocate.*

*2.  Discuss, in detail, the person’s values and wishes, so that you can gain the knowledge you*  
 *need to allow you to make the medical treatment decisions he or she would make, if able.*

*3.  If you are at least 18 years of age, and are willing to accept the role of Patient Advocate, read,*  
 *sign and date the following statement.*

**I accept the person’s selection of me as Patient Advocate. I understand and agree to take reasonable steps**  
**to follow the desires and instructions of the person as indicated within this “Advance Directive: My Patient**

**Advocate” document or in other written or spoken instructions from the person. I also understand and agree**  
**that, according to Michigan law:**

a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental   
 health treatment deci sions, as applicable.

b. I will not exercise powers concerning the patient’s care, custody, medical or mental health treatment that the pa-   
 tient – if the patient were able to participate in the decision – could not have exercised on his or her own behalf.

c. I cannot make a medical treatment decision to withhold or withdraw treatment from a patient who is pregnant,   
 if that would result in the patient’s death, even if these were the patient’s wishes.

d. I can make a decision to withhold or withdraw treatment which would allow the patient to die only if he or she   
 has expressed clearly that I am permitted to make such a decision, and the patient understands that such a   
 decision could or would allow his or her death.

e. I may not receive payment for serving as Patient Advocate, but I can be reimbursed for actual and necessary   
 expenses which I incur in fulfilling my responsibilities.

f. I am required to act in accordance with the standards of care applicable to fiduciaries when acting for the patient   
 and shall act consistent with the patient’s best interests. The known desires of the patient expressed or evi-

denced while the patient is able to participate in medical or mental health treatment decisions are presumed to   
 be in the patient’s best interests.

g. The patient may revoke his or her appointment of me as Patient Advocate at any time and in any manner suffi-   
 cient to communicate an intent to revoke.

h. The patient may waive the right to revoke a designation as to the power to exercise mental health treatment   
 decisions, and if such waiver is made, the patient’s ability to revoke as to certain treatment will be delayed for

30 days after the patient communicates his or her intent to revoke.

i. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to commu-   
 nicate an intent to revoke.

j. A patient admitted to a health facility or agency has the rights enumerated in Section 20201 of the Michigan   
 Public Health Code,  (Exercise of Rights by Patient’s Representative 1978 PA 368, MCL 333.20201

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 4A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image47.pngooxWord://word/media/image48.pngooxWord://word/media/image49.pngooxWord://word/media/image50.pngooxWord://word/media/image51.pngooxWord://word/media/image52.pngooxWord://word/media/image53.pngooxWord://word/media/image54.pngooxWord://word/media/image55.pngooxWord://word/media/image56.pngooxWord://word/media/image57.pngooxWord://word/media/image58.pngooxWord://word/media/image59.pngooxWord://word/media/image60.pngooxWord://word/media/image61.pngooxWord://word/media/image62.pngooxWord://word/media/image63.pngooxWord://word/media/image64.pngooxWord://word/media/image65.pngooxWord://word/media/image66.pngooxWord://word/media/image67.pngooxWord://word/media/image68.pngooxWord://word/media/image69.pngooxWord://word/media/image70.png**Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)***  
**Patient Advocate Signature and**

(PRINT)

(PRINT)

(PRINT)

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

**Contact Information**

*Person completing Advance Directive:*

Print Name:

 Date of Birth:

*My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:*

**Patient Advocate**

I,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

**Signature**:

   Date:

Address:

City/State/Zip:

Phone (Day):                                          (Evening):

              (Cell):

**First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)**

I,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

**Signature**:

   Date:

Address:

City/State/Zip:

Phone (Day):                                         (Evening):

              (Cell):

**Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)**

I,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

**Signature**:

   Date:

Address:

City/State/Zip:

Phone (Day):                                         (Evening):

              (Cell):

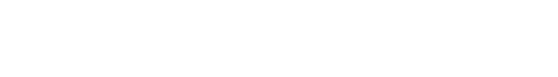
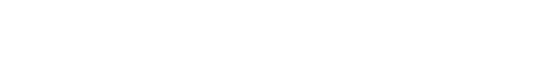
**Making Changes**

*If only the contact information for your advocate(s) changes, it may be revised on the original and on*  
*the photocopies without replacing the entire form.*

*Photocopies of this form are acceptable as originals.*

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 5A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image72.pngooxWord://word/media/image73.pngooxWord://word/media/image74.pngooxWord://word/media/image75.pngooxWord://word/media/image77.pngooxWord://word/media/image78.pngooxWord://word/media/image79.pngooxWord://word/media/image80.pngooxWord://word/media/image81.pngooxWord://word/media/image82.pngooxWord://word/media/image84.png**PREFERENCES FOR SPIRITUAL/RELIGIOUS AND END OF LIFE CARE**

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

(THIS SECTION IS OPTIONAL, BUT RECOMMENDED)

**SPIRITUAL/RELIGIOUS PREFERENCES**

       My religious beliefs prohibit me from having an examination by a doctor,

        licensed pyschologist or other medical professional.

I am of the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_faith/belief.   
I am affiliated with the following faith/belief group/congregation:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Please attempt to notify my personal clergy or spiritual support person(s) at:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

I want my health care providers to know these things about my religion or spirituality   
that may affect my physical, emotional or spiritual care: ( *e.g., spiritual/religious*

*rituals or sacraments, etc.)*

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

**AT THE END OF MY LIFE...**

If possible, at the end of life, I would prefer to be cared for:

***\_\_\_***in my home

***\_\_\_***in a long-term care facility

***\_\_\_***in a hospital

***\_\_\_***as my Patient Advocate thinks best

I would like hospice services in any of the above settings

       or in a hospice residence

In my last days or hours, if possible, I wish the following for my comfort:    
*(e.g., certain music, readings, visitors, lighting, foods, therapy animal, etc.)*

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 6A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image86.pngooxWord://word/media/image87.pngooxWord://word/media/image88.pngooxWord://word/media/image89.pngooxWord://word/media/image90.pngooxWord://word/media/image91.pngooxWord://word/media/image92.png**PREFERENCES FOR ANATOMICAL GIFT(S)–ORGAN/TISSUE/BODY**  
 **DONATION, AUTOPSY, AND BURIAL/CREMATION**

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

*In this section, you may, if you wish, state your*  
*instructions for: organ/tissue donation, autopsy,*  
*anatomical gift, and burial or cremation.*

*By Michigan law, your Patient Advocate and*  
*your family must honor your instructions per-*  
*taining to organ donation following your death.*

The authority granted by me to my Patient   
Advocate in regard to organ/tissue donation

shall, in compliance with Michigan law, remain   
in effect and be honored following my death.

I understand that whole-body anatomical gift   
donation generally requires pre-planning and   
pre-acceptance by the receiving institution.    
Burial or cremation preferences reflect my    
current values and wishes.

Instructions:

• *Put your initials (or “X”) next to the choice you prefer for each situation below.*

**ANATOMICAL GIFT(S) - DONATION OF MY ORGANS/TISSUE/BODY**

\_\_\_\_   I am registered on the Michigan Donor Registry and/or Michigan driver’s license.

\_\_\_\_   I am not registered, but authorize my Patient Advocate to donate any parts of

          my body that may be helpful to others {e.g., ORGANS [heart, lungs, kidneys,

          liver, pancreas, intestines], or TISSUES [heart valves, bone, arteries & veins,

          corneas, ligaments and tendons, fascia (connective tissue), skin]}.

\_\_\_\_   I am not registered, but authorize my Patient Advocate to donate any parts of

          my body, *EXCEPT* (name the specific organs or tissues):

         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_  I ***do not want***to donate any organ or tissue.

 \_\_\_\_  I ***want*** to donate my body to an institution of medical science for research or

           training purposes (*must be arranged in advance*).

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

*(continues on next page)*

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 7A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image94.pngooxWord://word/media/image95.pngooxWord://word/media/image96.pngooxWord://word/media/image97.pngooxWord://word/media/image98.pngooxWord://word/media/image99.pngooxWord://word/media/image100.pngooxWord://word/media/image101.pngooxWord://word/media/image102.pngooxWord://word/media/image103.png**PREFERENCES FOR ANATOMICAL GIFT(S)–ORGAN/TISSUE/BODY**  
 **DONATION, AUTOPSY, AND BURIAL/CREMATION**

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

***(Continued)***

Instructions:

• *Put your initials (or “X”) next to the choice you prefer for each situation below.*

• *NOTE: A medical examiner may legally require an autopsy to determine cause of death.*  
 *Other autopsies may be elected by next of kin (at family expense).*

**AUTOPSY PREFERENCE**

 I ***would*** accept an autopsy if it can help my blood relatives understand   
the cause of my death or assist them with their future health care deci-

sions.

 I ***would*** accept an autopsy if it can help the advancement of   
medicine or medical education.

 If optional, I ***do not want*** an autopsy performed on me.

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

**BURIAL/CREMATION PREFERENCE**

My burial or cremation preference is: (initial only one)

\_\_\_\_ Burial            \_\_\_\_ Cremation        \_\_\_\_ Green Burial

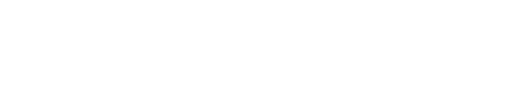
\_\_\_\_  Burial or Cremation, at the discretion of my next-of-kin

\_\_\_\_ I have appointed a Funeral Representative*(requires a separate legal document)*

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 8A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.

ooxWord://word/media/image105.pngooxWord://word/media/image106.pngooxWord://word/media/image107.pngooxWord://word/media/image108.pngooxWord://word/media/image109.pngooxWord://word/media/image110.pngooxWord://word/media/image111.pngooxWord://word/media/image112.pngooxWord://word/media/image113.pngooxWord://word/media/image115.pngooxWord://word/media/image116.png**PREFERENCES FOR MENTAL HEALTH EXAMINATION & TREATMENT**

mental health treatment will be made by

Reproduction permitted with attribution. Revised 5/18/17

(OPTIONAL)

A determination of my inability to make decisions or provide informed consent for

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(Physician/Psychiatrist)*

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

I expressly authorize my Patient Advocate to make decisions concerning the following   
treatments if a physician and a mental health professional determine I cannot give in-   
formed consent for mental health care

*(initial one or more choices that match your wishes)*

\_\_\_\_  outpatient therapy

\_\_\_\_  voluntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services.   
 I have the right to give three days’ notice of my intent to leave the hospital

\_\_\_\_  admission to a hospital to receive inpatient mental health services

\_\_\_\_  psychotropic medication

\_\_\_\_  electro-convulsive therapy (ECT)

\_\_\_\_  I give up my right to have a revocation effective immediately. If I revoke my des-   
 ignation, the revocation is effective 30 days from the date I communicate my

intent to revoke. Even if I choose this option, I still have the right to give three   
 days’ notice of my intent to leave a hospital if I am a formal voluntary patient.

I have specific wishes about mental health treatment, such as a preferred mental health   
professional, hospital or medication. My wishes are as follows:

*(Sign your name if you wish to give your Patient Advocate this authority)*

Date

***\_\_\_\_  I choose not to complete this section.***

**Advance Directive & Patient Advocate - Page 9A of 9A**

Contents © 2018 MakingChoicesMichigan.org. All Rights Reserved.