 **DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR**  
 **HEALTH CARE**

**AND**

**HEALTH CARE DIRECTIVE**

**Question and Answers, Instructions**  
 **and Sample Form**

**Distributed as a public service**  
 **by**

**The Missouri Bar**

ooxWord://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.png**Durable Power of Attorney for**  
 **Health Care**

**and**

**Health Care Directive**

**Published by The Missouri Bar**

Read the Questions and Answers and Instructions which accompany this form carefully before attempting   
to complete the Durable Power of Attorney for Health Care and Health Care Directive. This form is not   
the only way to express your desires regarding future health care. This form is distributed with the under-   
standing that The Missouri Bar, its committees, authors and speakers do not thereby render legal advice. If   
you do not understand this form, or if you feel the form does not meet your needs, you should consult a   
lawyer.

**This form belongs to:**

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

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

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

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

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicare Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.**

**QUESTIONS AND ANSWERS CONCERNING THE**  
**DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

**QUESTIONS AND ANSWERS**

**AND HEALTH CARE DIRECTIVE**

**INTRODUCTION**

Many Missouri citizens are concerned about the health care they may receive if they cannot   
express their desires. The Missouri Bar is providing this form to you as a public service. This   
form is not the only way to express your desires regarding future health care. If you have special   
needs, you may want to consult a lawyer. This form allows you to appoint an agent to make health   
care decisions if you are unable to do so. The form also allows you to furnish clear and convinc-   
ing proof of your intentions regarding your future health care.

The following questions and answers may help you understand the form:

**Do I need a lawyer to complete this form?**

*A.* No. However, if you do not feel this form meets your needs, you may want to consult a lawyer.

**Why does this form have three parts?**

*A.* Part I is your Durable Power of Attorney for Health Care. It allows you to appoint someone to   
make decisions for you if you are unable to act concerning your health care.

Part II is your Health Care Directive. It allows you to express your intention regarding your   
future health care.

Part III explains the relationship between the Durable Power of Attorney for Health Care and   
the Health Care Directive. It is where you sign your name. Two witnesses are needed and the form

may have to be notarized.

**What is a Durable Power of Attorney for Health Care (Part I)?**

*A.* It is a document that allows you to appoint someone to make all kinds of health care decisions   
for you, but only if you are not able to do so. These decisions may include, but are not limited to,

decisions to withhold or withdraw life-prolonging procedures.

**What is a Health Care Directive (Part II)?**

*A.*It is like a living will; it is a document that allows you to state in advance your wishes regard-   
ing the use of life-prolonging procedures. It may be relied upon when you are unable to commu-

nicate your decisions.

**2.**

**Do I need both?**

*A.*If you decide that you want someone to speak for you concerning your future health care you   
will need to fill out the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I). Please consider doing

this if there is someone you would like to appoint. If you decide that you want to express your   
desires about life-prolonging procedures you will need to fill out the Health Care Directive (Part   
II).  The  Directive  will  provide  doctors  and  others  with  evidence  concerning  your  wishes.  The   
Health Care Directive (Part II) may also serve as a guide for your agent.

**Does the person I appoint as my agent have to be a lawyer?**

*A.*No. You may appoint a person 18 years of age or older. An agent is usually a close relative or   
someone  you  trust  with  your  life.  It  cannot  be  your  doctor,  an  employee  of  your  doctor,  or  an

owner/operator or employee of a health care facility in which you are a resident, unless you are   
related.

**Can an agent withhold or withdraw artificially supplied nutrition and hydration?**

*A.*  Yes,  if  you  specifically  authorize  your  agent  to  do  so.  The  Durable  Power  of  Attorney  for   
Health Care (Part I) requires that you indicate whether or not you want your agent to have author-

ity to withdraw this type of medical treatment. The Health Care Directive (Part II) also requires   
that you indicate whether or not you want artificially supplied nutrition and hydration to be with-   
held or withdrawn under certain circumstances.

**When can my agent act?**

*A.*The Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) only become effective when you are   
incapacitated and unable to make health care decisions. Unless you state otherwise, Missouri law

requires two doctors to make the incapacity decision. The form allows you to choose whether you   
would like one or two doctors to make the incapacity decision.

**If I already have a Durable Power of Attorney, should I sign a Durable Power of Attorney**  
**for Health Care (Part I)?**

*A.*Maybe. Your existing Durable Power of Attorney may not cover health care or comply with   
Missouri Durable Power of Attorney for Health Care Act.

**If I already have a Living Will, should I sign a Health Care Directive (Part II)?**

*A.*Maybe.  Many  Living  Will  forms  currently  in  use  only  apply  when  you  are  expected  to  die   
within  a  short  period  of  time  and  do  not  allow  for  the  withdrawal  or  withholding  of  artificial

nutrition  and  hydration.  They  do  not  cover  a  condition  such  as  the  persistent  vegetative  state   
which occurred in the well known case of *Cruzan v. Director*, 110 S.Ct. 2841 (1990).

October,  1998

**3.**

**DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR**  
 **HEALTH CARE**

**AND**

**HEALTH CARE DIRECTIVE**

This form allows you to express your desires concerning your health care.

The Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) allows you to appoint an agent   
to make health care decisions if you are unable to do so.

The Health Care Directive (Part II) allows you to furnish clear and convincing proof of   
your intentions regarding withholding or withdrawal of life-prolonging procedures, and   
may  be  relied  upon  by  your  physician  even  if  you  are  unable  to  communicate  your   
decisions.

The General Provisions (Part III) apply to both the Directive and the Power of Attorney.   
You may complete the Power of Attorney (Part I) or the Directive (Part II) or both.

IF  THERE  IS  A  STATEMENT  WITH  WHICH  YOU  DO  NOT  AGREE,  YOU  MAY   
CHANGE IT AND ADD YOUR INITIALS.

Read the Questions and Answers and Instructions which accompany this form carefully   
before attempting to complete the Durable Power of Attorney for Health Care and Health   
Care Directive. This form is not the only way to express your desires regarding future   
health care.  This form is distributed with the understanding that The Missouri Bar, its

committees,  authors,  and  speakers  do  not  thereby  render  legal  advice.  If  you  do  not   
understand  this  form,  or  if  you  feel  the  form  does  not  meet  your  needs,  you  should   
consult a lawyer.

**4.**

**GENERAL INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE**  
**DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

**AND HEALTH CARE DIRECTIVE**

Read the entire form before signing or initialing any part.

Discuss this form with your family and close friends. Include anyone who may be asked to make   
decisions concerning your future health care if you are unable to do so.

Give a copy of this form to your family, close friends, doctor, lawyer, minister or anyone that may   
be asked to make decisions concerning your health care if you are unable to do so.

Decide whether you want to complete the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) and   
the Health Care Directive (Part II). You may choose to complete only one or both.

**5.**

**Instructions for Completing Part I.**

**Durable Power of Attorney for Health Care**

If you decide not to complete the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I), write your   
initials above the line that says “initials” in the shaded box which appears below the words **“Part**

**I. Durable Power of Attorney for Health Care”**.

If you decide to complete the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I), please follow   
the instructions below.

DO NOT initial the shaded box below the words**“Part I. Durable Power of Attorney for Health**  
**Care”.**

Complete **Section  1  Selection  of  Agent**  with  the  name,  address,  and  telephone  number  of  the   
person you choose as your agent.

If you wish to complete **Section 2 Alternate Agents** write the names, addresses, and telephone   
numbers of persons you would like to be your agent if the person you named in Section 1 is not

available.

**6.**

ooxWord://word/media/image9.pngooxWord://word/media/image10.pngooxWord://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.png**Part I. Durable Power of Attorney for Health Care**

**• If you do***NOT***wish to name an agent to make health care decisions for you,**

**write your initials in the box to the right and got to Part II.**

**Initials**

This  form  has  been  prepared  to  comply  with  the  “Durable  Power  of  Attorney  for  Health  Care   
Act” of Missouri.

**1.**

**Selection of Agent.**I appoint:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Telephone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**It is suggested that only one**  
 **Agent be named. However,**

**if more than one Agent is**  
 **named, any one may act**

**individually unless you**

**specify otherwise.**

as my Agent.

**2. Alternate Agents.**Only an Agent named by me may act under this Durable Power of Attorney.   
If my Agent resigns or is not able or available to make health care decisions for me, of if an Agent

named by me is divorced from me or is my spouse and legally separated from me, I appoint the   
person(s) named below (in the order named if more than one):

**First Alternate Agent**

**Second Alternate Agent**

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

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

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

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

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

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

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**THIS IS A DURABLE POWER OF ATTORNEY, AND THE AUTHORITY**

**OF MY AGENT, WHEN EFFECTIVE, SHALL NOT TERMINATE OR BE VOID OR**  
 **VOIDABLE IF I AM OR BECOME DISABLED OR INCAPACITATED OR IN THE**

**EVENT OF LATER UNCERTAINTY AS TO WHETHER I AM DEAD OR ALIVE.**

**7.**

**Instructions for Completing Part I. (Continued)**

In **Section 3 Effective Date and Durability**the form lets you choose whether one or two doctors   
need  to  certify  that  you  are  incapacitated.  Incapacitated  means  that  you  are  no  longer  able  to

make decisions for yourself and it is time for your agent to act.

Choose whether you want one or two physicians to decide whether you are incapacitated.

If you want two doctors to decide that you are incapacitated, do *not* write anything in this section.

If you want one doctor to decide that you are incapacitated, write your initials in the shaded box   
above the line that says “initials” to the right of the statement “If you want one physician instead   
of two to decide whether you are incapacitated, write your initials in the box to the right.” that is   
found in Section 3.

In **Section 4 Agent’s Powers** you decide whether or not your agent can make decisions concern-   
ing withholding or withdrawing artificially supplied nutrition and hydration. Please indicate your

decision in the space provided.

**8.**

ooxWord://word/media/image22.pngooxWord://word/media/image23.pngooxWord://word/media/image24.png**Part I. Durable Power of Attorney for Health Care**  
 **(Continued)**

**3. Effective Date and Durability.** This Durable Power of Attorney is effective when **two** physi-   
cians decide and certify that I am incapacitated and unable to make and communicate a health

care decision.

**• If you want ONE physician, instead of TWO, to decide whether you are**

**incapacitated, write your initials in the box to the right.**

**Initials**

**4. Agent’s Powers.** I grant to my Agent full authority to:

A. Give consent to, prohibit or withdraw any type of health care, medical care, treatment or   
procedure, even if my death may result.

**•**

**If you wish to AUTHORIZE your Agent to direct a health care**  
**provider to withhold or withdraw artificially supplied nutrition**  
**and hydration (including tube feeding of food and water), write**  
**your initials in the box to the right.**

**Initials**

**•**

**If you DO NOT WISH TO AUTHORIZE your Agent to direct**

**a health care provider to withhold or withdraw artificially supplied**  
**nutrition and hydration, (including tube feeding of food and water),**  
**write your initials in the box to the right.**

**Initials**

B. Make all necessary arrangements for health care services on my behalf, and to hire and   
fire medical personnel responsible for my care;

C. Move me into or out of any health care facility (even if against medical advice) to obtain   
compliance with the decisions of my Agent; and

D. Take any other action necessary to do what I authorize here, including (but not limited   
to) granting any waiver or release from liability required by any health care provider, and taking   
any legal action at the expense of my estate to enforce this Durable Power of Attorney.

**5. Agent’s Financial Liability and Compensation.** My Agent acting under this Durable Power   
of Attorney will incur no personal financial liability. My Agent shall not be entitled to compensa-

tion for services performed under this Durable Power of Attorney, but my Agent shall be entitled   
to reimbursement for all reasonable expenses incurred as a result of carrying out any provision

hereof.

**9.**

**Instruction for Completing Part II.**  
 **Health Care Directive**

If you decide not to complete the Health Care Directive (Part II), write your initials above the line   
that  says  “initials”  in  the  shaded  box  which  appears  below  the  words  **“Part  II.  Health  Care**

**Directive”**.

If you decide to complete the Health Care Directive (Part II), please follow the instructions be-   
low:

DO NOT initial the shaded box below the words **“Part II. Health Care Directive”**.

Read the Directive Carefully.

Review the list of life-prolonging procedures and decide which, if any, of these procedures you   
would like to have withheld or withdrawn. Write your initials next to each procedure you want to   
be withheld or withdrawn if you are persistently unconscious or there is no reasonable expecta-   
tion of your recovery from a seriously incapacitating or terminal illness or condition.

**10.**

ooxWord://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.pngooxWord://word/media/image32.pngooxWord://word/media/image33.pngooxWord://word/media/image34.png**Part II. Health Care Directive**

**• If you***DO NOT WISH***to make a health care directive, write your**

**initials in the box to the right, and go to Part III.**

**Initials**

I make this HEALTH CARE DIRECTIVE (“Directive”) to exercise my right to determine the   
course of my health care and to provide clear and convincing proof of my wishes and instructions   
about my treatment.

If  I  am  persistently  unconscious  or  there  is  no  reasonable  expectation  of  my  recovery  from  a   
seriously  incapacitating  or  terminal  illness  or  condition,  I  direct  that  all  of  the  life-prolonging   
procedures that I have initialled below be withheld or withdrawn.

**I want the following life-prolonging procedures to be withheld or withdrawn:**

**•**

**artificially supplied nutrition and hydration (including tube feeding of**  
 **food and water) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**surgery or other invasive procedures . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**heart-lung resuscitation (CPR) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**antibiotic . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**dialysis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**mechanical ventilator (respirator) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**chemotherapy . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**radiation therapy . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

**•**

**all other “life-prolonging” medical or surgical procedures that are merely**  
 **intended to keep me alive without reasonable hope of improving my**

**condition or curing my illness or injury . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Initials**

However, if my physician believes that any life-prolonging procedure may lead to a significant   
recovery, I direct my physician to try the treatment for a reasonable period of time. If it does not   
improve my condition, I direct the treatment be withdrawn even if it shortens my life. I also direct   
that I be given medical treatment to relieve pain or to provide comfort, even if such treatment   
might shorten my life, suppress my appetite or my breathing, or be habit-forming.

**IF I HAVE NOT DESIGNATED AN A GENT IN THE DURABLE POWER OF A TTORNEY, THIS**  
 **DOCUMENT IS MEANT TO BE IN FULL FORCE AND EFFECT AS MY**

**HEALTH CARE DIRECTIVE.**

**11 .**

**Instructions for Completing Part III.**

**Part III.**

**General Provisions Included in the Directive and**  
 **Durable Power of Attorney**

**must be completed for the Durable Power of Attorney for Health**  
**Care (Part I) and the Health Care Directive (Part II) to be effective. Please see**

**the instructions on the back of the following page.**

**12.**

**Part III. General Provisions Included in the Directive**  
 **and Durable Power of Attorney**

**1.  Relationship  Between  Directive  and  Durable  Power  of  Attorney.**  If  I  have  executed  the   
Directive  and  the  Durable  Power  of  Attorney,  I  encourage  my  Agent  to  follow  my  wishes  as

expressed in the Directive in making decisions regarding life-prolonging procedures. However, I   
have confidence in my Agent’s ability to make decisions in my best interest, and I authorize my   
Agent  to  make  decisions  that  are  contrary  to  my  Directive  in  his  or  her  best  judgment.  If  the   
Durable Power of Attorney is somehow determined to be ineffective, or if my Agent is not able to   
serve,  the  Directive  is  intended  to  be  used  on  its  own  as  firm  instructions  to  my  health  care   
providers regarding life-prolonging procedures.

**2.  Protection  of  Third  Parties  Who  Rely  on  My  Agent.**  No  person  who  relies  in  good  faith   
upon any representations by my Agent or Alternate Agent shall be liable to me, my estate, my

heirs or assigns, for recognizing the Agent’s authority.

**3. Revocation of Prior Directive or Durable Power of Attorney.** I revoke any prior LIVING   
WILL, Declaration or Health Care Directive executed by me. If I have appointed an Agent in a

prior durable power of attorney, I revoke any health care terms contained in that durable power of   
attorney.

**4. Validity.** This document is intended to be valid in any jurisdiction in which it is presented. The   
provisions of this document are separable, so that the invalidity of one or more provisions shall

not affect any others. A copy of this document shall be as valid as the original.

**13.**

**Instructions for Completing Part III. (Continued)**

Part III must be completed for the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) and the   
Health Care Directive (Part II) to be effective. Please follow the instructions below:

Sign and date in the space provided. **Please print your name and address under the signature**  
**line.**

Have two witnesses sign and write in their addresses on the lines provided.

If you have completed the **Durable Power of Attorney for Health Care (Part I.)**, you will need   
to sign the form in the presence of a notary public who will then complete the notary block. You

will also need to have two witnesses sign the form.

**14.**

ooxWord://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.pngooxWord://word/media/image45.pngooxWord://word/media/image46.pngooxWord://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.png**Part III. General Provisions included in the Directive**  
 **and Durable Power of Attorney (Continued)**

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Print  Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Name  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

YOU MUST SIGN THIS DOCUMENT IN THE PRESENCE OF TWO WITNESSES.

IN  WITNESS  WHEREOF,  I  have  executed  this  document  this  \_\_\_\_\_\_  day  of

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(month),  \_\_\_\_\_\_(year).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Signature

Address

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

The person who signed this document is of sound mind and voluntarily signed this document   
in our presence. Each of the undersigned witnesses is at least eighteen years of age.

Address

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

Signature  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Print  Name  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ONLY REQUIRED FOR PART I — DURABLE POWER OF ATTORNEY**

STATE OF MISSOURI

COUNTY  OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

)

)      SS         
)

On  this  \_\_\_\_\_\_  day  of  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (month),  \_\_\_\_\_\_  (year),  before  me  personally   
appeared \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, to me known to be the person described   
in and who executed the foregoing instrument and acknowledged that he/she executed the same   
as his/her free act and deed.

IN  WITNESS  WHEREOF,  I  have  hereunto  set  my  hand  and  affixed  my  official  seal  in  the   
County of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, State of Missouri, the day and year first above written.

My Commission Expires:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Notary Public

**15.**

**Ordering Information**

Additional copies of this form are available at courthouses, libraries, and University of Missouri   
Extension Centers across Missouri at no charge. The form may be photocopied for use by addi-

tional persons. The form may also be ordered directly from The Missouri Bar.  *Single* copies of   
the form are available from The Missouri Bar at no charge. However, a charge has been placed on

multiple copies in order to cover the costs of printing, handling and postage. A check or money   
order for the correct amount must be sent to The Missouri Bar before multiple copies of the form   
may be mailed.

To order multiple copies of the form, refer to the pricing chart below.

**PRICE CHART**

*Single copies                 No charge*

*Additional copies            75 cents per copy*

Please send a written request for the number of copies you desire, along with a check or money   
order for the correct amount, to:

Health Care Proxy Form   
 The Missouri Bar

P.O. Box 119

Jefferson City, MO 65102-0119

**. . . . . From The Missouri Bar To You**

This health care decisions form has been developed as a project of The Missouri   
Bar, the statewide association for all lawyers. Working for the public good, The Mis-   
souri Bar strives to improve the law and the administration of justice.