 **NEW HAMPSHIRE ADVANCE DIRECTIVE**

*NOTE: This form has two sections: the Durable Power of Attorney for Health Care and the*
 *Living Will.* You may complete both sections, or only one section.

**SECTION I. DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

I,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), hereby appoint  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name)

(Date of Birth)

(Name of Health Care Agent)

of  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Health Care Agent’s address and phone #)

*If you choose more than one agent, they will have authority in priority of the order their*
*names are listed, unless you indicate another form of decision making.)* as my agent to

make any and all health care decisions for me, except to the extent I state otherwise in this
directive or as prohibited by law. This Durable Power of Attorney for Health Care shall take
effect in the event I lack the capacity to make my own health care decisions.

In the event the person I appoint above is unable, unwilling or unavailable, or ineligible to

act as my health care agent, I hereby appoint   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name of Health Care Agent)

of  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Health Care Agent’s address and phone #)

Statement of Desires, Special Provisions, and Limitations about Health Care Decisions

For your convenience in expressing your wishes, some general statements concerning the
withholding or removal of life-sustaining treatment are set forth below. (Life-sustaining
treatment is defined as procedures without which a person would die, such as but not
limited to the following: mechanical respiration, kidney dialysis or the use of other
external mechanical and technological devices, drugs to maintain blood pressure, blood
transfusions, and antibiotics.) There is also a section which allows you to set forth specific
directions for these or other matters. If you wish, you may indicate your agreement or
disagreement with any of the following statements and give your agent power to act in
those specific circumstances.

**A.  LIFE-SUSTAINING TREATMENT**

1.  If I am near death and lack the capacity to make health care decisions, I authorize my
agent to direct that:

*(Initial beside your choice of (a) or (b).)*

\_\_\_\_\_ (a) life-sustaining treatment not be started, or if started, be discontinued.

-or-

\_\_\_\_\_ (b) life-sustaining treatment continue to be given to me.

2.  Whether near death or not, if I become permanently unconscious I authorize my agent
to direct that:

\_\_\_\_\_ (a) life-sustaining treatment not be started, or if started, be discontinued.

-or-

\_\_\_\_\_ (b) life-sustaining treatment continue to be given to me.

**Page A**

**B.  MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION AND HYDRATION**

I realize that situations could arise in which the only way to allow me to die would be to
not start or to discontinue medically administered nutrition and hydration. In carrying out
any instructions I have given in this document, I authorize my agent to direct that:

*(Initial beside your choice of (a) or (b).)*

\_\_\_\_\_ (a) medically administered nutrition and hydration not be started, or if started,
 be discontinued.

-or-

\_\_\_\_\_ (b) even if all other forms of life-sustaining treatment have been withdrawn,
 medically administered nutrition and hydration continue to be given to me.

If you fail to complete item B, your agent will not have the power to direct the withholding
or withdrawal of medically administered nutrition and hydration.

**C.  EXPLAINING YOUR INSTRUCTIONS IN MORE DETAIL**
(initial next to #’s 1, 2 and 3, if you agree)

1.  \_\_\_\_\_\_I grant my agent authority to request or agree to a DNR order.

2.  \_\_\_\_\_\_I wish to make clear my intent that my agent shall have full authority to make any
 and all health care decision(s) on my behalf as I would have if I had capacity to
 do so, without limitation including not starting, discontinuing, or continuing any
 life-sustaining measures (including nutrition and hydration), in all circumstances.

3.  \_\_\_\_\_\_Even if I am incapacitated and object to treatment, treatment may be given to
 me, or withheld, against my objection.  This option is intended to grant your
 agent additional authority, if for example you have dementia, and you try to
 change the treatment being recommended by your agent and health provider.

4.  Here you may add more specific instructions for your agent or you may leave this section
blank.

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

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

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

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

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

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

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(attach additional pages as necessary)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Print Name)

(Date of Birth)

**Page B**

I hereby acknowledge that I have been provided with a disclosure statement explaining
the effect of this directive. I have read and understand the information contained in the
disclosure statement.

The original of this directive will be kept at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
and the following persons and institutions will have copies:

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

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

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

Signed this \_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

Principal’s signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[If you are physically unable to sign, this directive may be signed by someone else writing*
*your name, in your presence and at your express direction.]*

***THIS POWER OF ATTORNEY DIRECTIVE MUST BE SIGNED BY TWO WITNESSES OR A***
 ***NOTARY PUBLIC OR A JUSTICE OF THE PEACE.***

We declare that the principal appears to be of sound mind and free from duress at the
time the Durable Power of Attorney for Health Care is signed and that the principal
affirms that he or she is aware of the nature of the directive and is signing it freely and
voluntarily.

Witness \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**If using a Notary Public or Justice of the Peace:**

STATE OF NEW HAMPSHIRE

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

The foregoing Durable Power of Attorney for Health Care was acknowledged before me
this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 20\_\_\_, by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (“the Principal”).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Notary Public / Justice of the Peace

My commission expires: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Print Name)

(Date of Birth)

**Page C**

**SECTION II. LIVING WILL**

Declaration made this \_\_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being of sound mind, willfully and
voluntarily make 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 and I am certified to be
near death or in a permanently unconscious condition by two physicians or a physician
and an APRN, and two physicians or a physician and an APRN have determined that my
death is imminent whether or not life-sustaining treatment is utilized and where the
application of life-sustaining treatment would serve only to artificially prolong the dying
process, or that I will remain in a permanently unconscious condition, I direct that such
procedures be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally with only
the administration of medication, the natural ingestion of food or fluids by eating and
drinking, or the performance of any medical procedure deemed necessary to provide me

with comfort care. I realize that situations could arise in which the only way to allow me to
die would be to discontinue medically administered nutrition and hydration.

In carrying out any instruction I have given under this section, I authorize that:

*(Initial beside your choice of (a) or (b).)*

\_\_\_\_\_ (a) medically administered nutrition and hydration not be started, or if started,
 be discontinued.

-or-

\_\_\_\_\_ (b) even if all other forms of life-sustaining treatment have been withdrawn,
 medically administered nutrition and hydration continue to be given to me.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Print Name)

(Date of Birth)

**Page D**

I understand the full import of this declaration, and I am emotionally and mentally
competent to make this declaration.

Signed this \_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

Principal’s signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[If you are physically unable to sign, this directive may be signed by someone else writing*
*your name, in your presence and at your express direction.]*

***THIS LIVING WILL DIRECTIVE MUST BE SIGNED BY TWO WITNESSES OR A***
 ***NOTARY PUBLIC OR A JUSTICE OF THE PEACE.***

We declare that the principal appears to be of sound mind and free from duress at the
time the Living Will is signed and that the principal affirms that he or she is aware of the
nature of the directive and is signing it freely and voluntarily.

Witness \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**If using a Notary Public or Justice of the Peace:**

STATE OF NEW HAMPSHIRE

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

The foregoing Living Will was acknowledged before me

this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 20\_\_\_, by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (“the Principal”).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Notary Public / Justice of the Peace

My commission expires: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Print Name)

(Date of Birth)

**Page E**