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.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.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.pngooxWord://word/media/image32.pngooxWord://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(Tennessee)

**Treatment of New Conditions:**  Use of surgery, blood transfusions, or antibiotics that will deal with a

**Life Support / Other Artificial Support:**  Continuous use of breathing machine, IV fluids, medications,

**CPR (Cardiopulmonary Resuscitation):**  To make the heart beat again and restore breathing after it has



**Indicate Your Wishes for Treatment:**If my quality of life becomes unacceptable to me (as indicated by one or more



**Dependent in all Activities of Daily Living:**  I am no longer able to talk or communicate clearly or move

**Permanent Confusion:**  I become unable to remember, understand, or make decisions.  I do not recognize

**Permanent Unconscious Condition:**  I become totally unaware of people or surroundings with little



**Part 2 Indicate Your Wishes for Quality of Life:**By marking “yes” below, I have indicated conditions I would be willing to

**When Effective** (mark one):  I give my agent permission to make health care decisions for me at any time, even if I

  Work Phone:

  Home Phone:

Name:

**Alternate Agent:**If the person named above is unable or unwilling to make health care decisions for me, I appoint as

  Work Phone:

  Home Phone:

Name:

**Part I  Agent:**I want the following person to make health care decisions for me.  This includes any health care decision I

**ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE\***

**Instructions:    Parts  1  and  2  may  be  used  together  or**

Yes  No

by myself.  I depend on others for feeding, bathing, dressing, and walking.  Rehabilitation or any other   
restorative treatment will not help.

Yes  No

have capacity to make decisions for myself.  I do not give such permission (this form applies only when I no longer



**End-Stage Illnesses:**  I have an illness that has reached its final stages in spite of full treatment.



Yes  No

Yes  No





Yes  No

**Tube feeding/IV fluids:**  Use

of

tubes

to

deliver

food

and

water

to

a

patient’s

stomach

or

use

of

**independently.  Please mark out/void any unused part(s).**  
**Part 5, Block A or Block B must be completed for all uses.**

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hereby give these advance instructions on how I want to be treated by   
my doctors and other health care providers when I can no longer make those treatment decisions myself.

could have made for myself if able, except that my agent must follow my instructions below:

Address:

 Relation:

  Mobile Phone:

  Other Phone:

alternate the following person to make health care decisions for me.  This includes any health care decision I could   
have made for myself if able, except that my agent must follow my instructions below:

Address:

 Relation:

  Mobile Phone:

  Other Phone:

My agent is also my personal representative for purposes of federal and state privacy laws, including HIPAA.

have capacity).

L

ive with if given adequate comfort care and pain management.  By marking “**no**” below, I have indicated conditions I 

would not be willing to live with (that to me would create an **unacceptable** quality of life).

chance of ever waking up from the coma.

loved ones or cannot have a clear conversation with them.

Yes  No

Yes  No

Examples:  Widespread cancer that no longer responds to treatment; chronic and/or damaged heart and 

lungs, where oxygen is needed most of the time and activities are limited due to the feeling of suffocation.

of the conditions marked “no” above) and my condition is irreversible (that is, it will not improve), I direct that   
medically appropriate treatment be provided as follows.  By marking “yes” below, I have indicated treatment I want.

By marking “**no**” below, I have indicated treatment I **do not want**.  

stopped.  Usually this involves electric shock, chest compressions, and breathing assistance.

and other equipment that helps the lungs, heart, kidneys, and other organs to continue to work.

new condition but will not help the main illness.

Yes  No

into a vein, which would include artificially delivered nutrition and hydration.

IV fluids

PLEASE  SIGN  ON  PAGE 2

Page 1 of 2

ooxWord://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.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.png**Part 3 Other instructions, such as hospice care, burial arrangements, etc.:**

and/or education (mark one):

(Attach additional pages if necessary)

**Part 4**Organ donation:  Upon my death, I wish to make the following anatomical gift  for purposes of transplantation, research,

 Any organ/tissue

 My entire body

 Only the following organs/tissues:

 No organ/tissue donation

**SIGNATURE**

**Part 5**Your signature must **either** be witnessed by two competent adults (“Block A”) **or** by a notary public (“Block B”).

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    
 (Patient)

Date:

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

**Block A**  Neither witness may be the person you appointed as your agent or alternate, and at least one of the witnesses must be   
 someone who is not related to you or entitled to any part of your estate.

Witnesses:

1. I  am  a  competent  adult  who  is  not  named  as  the  agent.    I   
 witnessed the patient’s signature on this form.

Signature of witness number 1

2. I am a competent adult who is not named as the agent.  I am not   
 related to the patient by blood, marriage, or adoption and I would

not be entitled to any portion of the patient’s estate upon his or   
 her death under any existing will or codicil or by operation of

law. I witnessed the patient’s signature on this form.

Signature of witness number 2

**Block B**You may choose to have your signature witnessed by a notary public instead of the witnesses described in Block A.

STATE OF TENNESSEE   
COUNTY OF

I am a Notary Public in and for the State and County named above.  The person who signed this instrument is personally known to   
me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person who signed as the “patient.”  The patient personally

appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own.  I declare under penalty of perjury   
that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires:

    Signature of Notary Public

**WHAT TO DO WITH THIS ADVANCE DIRECTIVE**:  (1) provide a copy to your physician(s); (2) keep a copy in   
your personal files where it is accessible to others; (3) tell your closest relatives and friends what is in the document; (4)

provide a copy to the person(s) you named as your health care agent.

\* This form replaces the old forms for durable power of attorney for health care, living will, appointment of agent, and advance   
care plan, and eliminates the need for any of those documents.

Page 2 of 2