ooxWord://word/media/image1.pngooxWord://word/media/image2.pngooxWord://word/media/image3.pngooxWord://word/media/image4.pngermont Advance Directive for Health Care

V

***Note: For copying and storing purposes only the actual form pages, not the instructions,***

Ay

*you*

**agen**

n Advance Directive is a document you prepare to choose someone as your health   
care agent or to guide others to make health decisions for you. An advance directive   
can include instructions about your health care as well as what should happen with

A

**agent**

— LONG FORM —

or no longer wish to make your own decisions. As you begin your Advance Directive, here are   
some important things to know:

**t**to make decisions for you.

You may use this Advance Directive to share your wishes ***in advance***.

*your* document: change it as you like so that   
it states your wishes in your own words. You may cross out what you don’t like and add what you

want.

***pages of the form itself.***

**Explanation and Instructions**

 our bdy after you die. Having an Advance Directive helps when you no longer can

•   
•   
•   
•

You have the right to consent to or refuse any medical treatment.

You have the right to appoint an

You may ﬁll out all Parts of this Advance Directive form or just portions of it. For example, you   
can just appoint an agent in Part 1 and then sign Part 9. If you choose not to appoint an agent,   
you can skip part 1 and just give instructions in other Parts that you wish to ﬁll out. However,

if you ﬁll out any Part of this document, you must also ﬁll out Part 9, as it provides signatures   
and witnesses to validate the Advance Directive.

•

•

You may use any Advance Directive form or format as long as it is properly signed and wit-   
nessed.

You can revoke or suspend your Advance Directive at any time unless you expressly waive   
your right to do so.

**Everyone could beneﬁt from having an Advance Directive**— not just those anticipating the

end of their lives. Any of us could have an accident or suﬀer from an unexpected medical condi-   
tion. Some of us live with a mental or physical illness that leaves us without capacity at times.   
Without an Advance Directive, those making decisions for you will not know what your wishes

are. Worse still, your family and friends could ﬁght over the care you should get. Help them help   
you — ﬁll out and sign an Advance Directive.

**This Advance Directive has 9 Parts.**Fill out as few or

 as many Parts as you like today. If you

want, you can ﬁll out other Parts another day. This is *your*

***have consecutive page numbers. When sending copies, you need send only the numbere***

**Updating your Advance Directive**

1.   
2.   
3.

It is very important that the information in your Advance Directive is always current. Review it   
once a year or when events in your life change. Consider the “5 D’s” as times when your Advance   
Directive might need to be changed or updated. The 5 D’s are: Decade birthday, Diagnosis,   
Deterioration, Divorce or Death of somebody close to you or that aﬀects you. All of these events   
may aﬀect how you think about future health care decisions for yourself.

Whenever necessary, you should also update addresses and contact information for your agent   
and alternate agent and other people such as potential medical guardians whom you may have   
identiﬁed in your Advance Directive.

**Revoking or Suspending your Advance Directive**

You may revoke your Advance Directive by completing a new Advance Directive or completing   
replacement Parts of this Advance Directive. Then the old Advance Directive or Part is no longer   
in eﬀect and the new one replaces it. If the new one and the old one cover diﬀerent subjects, then   
both will be in eﬀect.

Suspending an Advance Directive is when you want a provision to not be in eﬀect for a period   
of time. For example, you may have said you wanted a DNR order and the order may have been   
given to you. Then you need to go in for surgery and want the understanding that you will be   
revived during surgery if your heart stops.

You may revoke or suspend all or part of your Advance Directive by doing any of the following   
things:

Signing a statement suspending or revoking the designation of your agent;   
 Personally informing your doctor and having him or her note that on your record;

Burning, tearing, or obliterating the Advance Directive either personally or at your direction   
 when you are present; or

4.  For any provision (other than designation of your agent), stating orally or in writing, or   
 indicating by any other act of yours that your intent is to suspend or revoke any Part or   
 statement contained in your Advance Directive.

ooxWord://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.png**Instructions for Part 1**

*i*

**Appointing an agent to make decisions for you may be the single most important part of**

*en*

***even***

***immediatel***

***capacit***

**alternate agen**

***canno***

The authority of your agent will *en*

when an ***event***

*f*

***immediatel***

when you no longer have the ***capacity***

know and trust. The person you choose should be someone who can make decisions for you,

*end*

***event***

*you* *so*

***immediately***

***capacit***

based upon your wishes and values. You ***cannot***

***t***

*specify*

***cannot***appoint your doctor or other health care clini

***t***

not be your agents unless they are related to you. You can appoint an **alternate agent**

**alternate agent**

**t**to make

Appointment of My Health Care Agent

**your Advance Directive.**Your agent must be at least 18 years old and should be someone you

-   
cian to be your agent. If you are in a nursing home or residential care facility, staﬀ or owners can-

decisions for you if your original agent is unavailable, unable, or unwilling to act for you. You can   
also appoint co-agents if you wish. (If you appoint co-agents, use the second page of Part 1 of this   
form.)

The authority of your agent to make decisions for you can begin:

•

***y***to make decisions for yourself, such as when you are

unconscious or cannot communicate, or

•

***y***upon signing the advance directive

, or

•

when a ***condition***you specify is met, such as a diagnosis of a debilitating disease such as

Alzheimer’s Disease or serious mental illness, or

•

occurs that you want to mark the start of your agent’s authority, such as when   
you move to a nursing home or other institution.

*d* when you regain capacity to make your own decisions or you   
may specify when you want your Advance Directive to be no longer in eﬀect.

Once your Advance Directive goes into eﬀect, your agent will have access to all your medical   
records and to persons providing your care. *Unless* *you* *state* *otherwise* in written instructions,

your agent will have the same authority to make all decisions about your health care as you have.

Your agent will be obligated to follow your instructions when making decisions on your behalf   
to the extent that they apply. If you choose not to leave explicit written directions in other Parts   
of your Advance Directive, the persons making health care decisions for you will be guided by   
knowledge of your values and what is in your best interest at the time treatment is needed.

ooxWord://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.pngooxWord://word/media/image45.pngooxWord://word/media/image46.pngooxWord://word/media/image47.pngooxWord://word/media/image48.pngPAGE 1  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

ADDRESS . . . . .

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

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

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

Advance Directive

MY NAME . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . DATE OF BIRTH  . . . . . . . . . . . . . . . . . . DATE SIGNED. . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

CITY . .

STATE  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ZIP. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

PHONE  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . EMAIL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Part 1: My Health Care Agent**

1.

I want my agent to make decisions for me:  (choose one statement below\*)   
\_\_\_\_\_  when I am no longer able to make health care decisions for myself, or   
\_\_\_\_\_  immediately, allowing my agent to make decisions for me right now, or

\_\_\_\_\_  when the following condition or event occurs (to be determined as follows):

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

*\* Normally these statements are separate choices, but it is conceivable that they could be concurrent.*

2.

I appoint \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ as my health care Agent to make any and all health care   
decisions for me, except to the extent that I state otherwise in this Advance Directive.

(You may cross out the italicized phrase if authority is unrestricted.)

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Relationship (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (daytime): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
cellphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(evening): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.

If this health care agent is unavailable, unable or unwilling to do this for me, I appoint   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to be my Alternate Agent.

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Relationship (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (daytime): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
cellphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(evening): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

And if my Alternate Agent is unavailable, unable or unwilling to do this, I appoint

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ as my Next Alternate Agent.

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Relationship (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (daytime): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
cellphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(evening): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.  \_\_\_\_\_  I want to appoint two or more people to be co-agents and have listed them on page two of   
 this Part.

ooxWord://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.pngPAGE 2  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

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

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

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

**Appointment of “co-agents”**

You can appoint co-agents — people you ask to make decisions for you, acting together, based   
upon a discussion of your circumstance and agreement on a course of action or treatment.   
Sometimes co-agents have diﬃculty making decisions together. Before completing this part, be   
sure this is the best choice for you and your co-agents.

Not all of the people you ask to be co-agents may be readily available to speak for you or to make   
decisions that have to be made immediately, particularly in an emergency. For this reason, it is a   
good idea to give additional directions about how decisions can be made by your co-agents.

5.

Co-agents I appoint are:

Relationship (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone (specify work, home or cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relationship (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Phone (specify work, home or cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relationship (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Phone (specify work, home or cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(repeat below for additional co-agents)

6.

I prefer that decisions made by the co-agents named above be made in the following way (you   
 may choose one or prioritize 1,2,3):

\_\_\_\_\_  by agreement of all co-agents   
\_\_\_\_\_  by a majority of those present, or

\_\_\_\_\_  by the ﬁrst person available, if it is an emergency.

7.

Other Instructions for co-agents (optional):

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

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

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

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

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

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

ooxWord://word/media/image70.pngooxWord://word/media/image71.pngooxWord://word/media/image72.pngooxWord://word/media/image73.png**Instructions for Part 2**

***no***

***no***

***no***

list that you do ***not***

or it could be someone else. You can also identify persons you would ***not***

***not***be consulted about your care.

***not***want to be able to bring an action to protect you, you may record the name of

***not***want appointed as a

***t***

***t***

***t***

Others who may be involved in my care.

**Part 2**is where you can list your current doctor or clinician with address and phone number. This

will help by identifying someone who knows your medical history.

You can also state who else should or should ***not***

You can state who is to be given information about your medical condition. This list might include   
your children, even if they are minors, or your close friends. Hospitals are required to withhold   
information about your condition from people unless you or your agent gives permission that this   
can be shared.

You can state who shall not be able to challenge decisions about your care in court actions.   
Normally any “interested individual” can bring an action in Probate Court regarding decisions   
made on your behalf. “Interested individuals” are your spouse, adult child, parent, adult sibling,   
adult grandchild, reciprocal beneﬁciary, clergy person or any adult who has exhibited special care   
and concern for you and who is personally familiar with your values. If there is someone in that

that person in Part 2.

Sometimes a court appoints a guardian for a person who is unable to manage aspects of his per-   
sonal care or ﬁnancial aﬀairs. You can state a preferred person that you would like the court to   
appoint if this occurs in the future. That person could be the same person you chose as an agent

future guardian for you.

ooxWord://word/media/image74.pngooxWord://word/media/image75.pngooxWord://word/media/image76.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/image83.pngooxWord://word/media/image84.pngooxWord://word/media/image85.pngooxWord://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.pngooxWord://word/media/image93.pngooxWord://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.pngooxWord://word/media/image104.pngooxWord://word/media/image105.pngPAGE 3  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

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

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

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

**guardia**

***no***

***ma***

5.  If I need a **guardia**

Those who should ***not***

Other people whom my agent ***ma***

**guardian**

***not***be consulted by my agent include:

***may***

**n**in the future, I ask the court to consider appointing the following

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 2: Others Who Are or May Become Involved in My Care**

1.

My Doctor or other Health care Clinician:

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

(or)

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

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

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

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

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

2.

***y***be consulted about medical decisions on my behalf:

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

***t***

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

3.

My health agent or health care provider may give information about my condition to the following   
adults and minors:

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

4.  The person(s) named below shall NOT be entitled to bring a court action on my behalf concern-   
 ing matters covered by this Advance Directive nor serve as a health care decision maker for me.

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

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

person:

\_\_\_\_\_  My health care agent    
\_\_\_\_\_  The following person:

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

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

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

You may also list alternate preferred guardians, or persons that you would not want to have   
appointed as guardians.

Alternate preferred guardians:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persons I would not want to be my guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ns for Part 3**

ooxWord://word/media/image106.png**Instructions for Part 3**

Statement of Values and Goals

**Part 3**allows you to state in your own words what is most important to you as you think about

medical care you may receive in the future. This will guide your agent and your health care pro-   
viders and will let them know why you think particular choices are important based upon your   
own values and beliefs.

If you choose to ﬁll out this Part, you may wish to use the **Worksheet 1: Values Questionnaire**  
that is in the Vermont Ethics Network booklet *Taking* *Steps* for help in framing and sharing your

response.

You may also wish to use **Worksheet 2: Medical Situations and Treatment**. The second work-

sheet helps you consider how you might respond to changing circumstances and the changing   
chances that medical treatment may be successful.

ooxWord://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/image114.pngooxWord://word/media/image115.pngooxWord://word/media/image116.pngooxWord://word/media/image117.pngooxWord://word/media/image118.pngooxWord://word/media/image119.pngooxWord://word/media/image120.pngooxWord://word/media/image121.pngooxWord://word/media/image122.pngooxWord://word/media/image123.pngooxWord://word/media/image124.pngooxWord://word/media/image125.pngooxWord://word/media/image126.pngooxWord://word/media/image127.pngooxWord://word/media/image128.pngooxWord://word/media/image129.pngooxWord://word/media/image130.pngooxWord://word/media/image131.pngooxWord://word/media/image132.pngooxWord://word/media/image133.pngooxWord://word/media/image134.pngPAGE 4  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 3: Statement of Values and Goals**

Use the space below to state in your own words what is most important to you.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

…. And general advice about how to approach medical choices depending upon your current or   
future state of health or the chances of success of various treatments.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ooxWord://word/media/image135.pngooxWord://word/media/image136.png**Instructions for Part 4**

***no***

case. It is important to repeat that Part 4 is for those situations where you are ***not***

***not***likely to survive

***t***

End of Life Wishes.

**Part 4**contains statements that you can use to express either a desire for continued treatment or a

desire to limit treatment as death approaches or when you are unconscious and unlikely to regain   
consciousness.

Part 4 allows you to include other things that may be important to you, such as the type of care   
you would want and where you hope to receive that care if you are very ill or near the end of your   
life.

There may be other issues about health care when death is not expected or probable. These treat-   
ment issues and choices you can address in Parts 5 and 6 if you wish.

There may be questions about your survival that even doctors cannot predict accurately in your

or to continue living without life-sustaining treatment on a long-term basis.

ooxWord://word/media/image137.pngooxWord://word/media/image138.pngooxWord://word/media/image139.pngooxWord://word/media/image140.pngooxWord://word/media/image141.pngooxWord://word/media/image142.pngooxWord://word/media/image143.pngooxWord://word/media/image144.pngooxWord://word/media/image145.pngooxWord://word/media/image146.pngooxWord://word/media/image147.pngooxWord://word/media/image148.pngooxWord://word/media/image149.pngooxWord://word/media/image150.pngooxWord://word/media/image151.pngooxWord://word/media/image152.pngooxWord://word/media/image153.pngooxWord://word/media/image154.pngooxWord://word/media/image155.pngooxWord://word/media/image156.pngooxWord://word/media/image157.pngooxWord://word/media/image158.pngooxWord://word/media/image159.pngooxWord://word/media/image160.pngooxWord://word/media/image161.pngooxWord://word/media/image162.pngooxWord://word/media/image163.pngooxWord://word/media/image164.pngooxWord://word/media/image165.pngooxWord://word/media/image166.pngooxWord://word/media/image167.pngooxWord://word/media/image168.pngooxWord://word/media/image169.pngPAGE 5  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

– *or –*

**pain medicatio**

**comfort and relie**

*including tube feedin*

*unintended eﬀec*

**pain medication**

*unintended* *eﬀect*

*including* *tube* *feeding*.

**comfort and relief**

**n**to be administered to me even though this may have the

*unintended eﬀect*

*r*

*g*

**f**from

symptoms that are bothering me.

*t*of hastening my death.

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 4: End-of-Life Treatment Wishes**

If the time comes when I am close to death or am unconscious and unlikely to become    
conscious again (choose all that apply):

1.  \_\_\_\_\_  I **do**want all possible treatments to extend my life.

*r*

2.  \_\_\_\_\_  I **do not**want my life extended by any of the following means:

\_\_\_\_\_  breathing machines (ventilator or respirator)

\_\_\_\_\_  tube feeding (feeding and hydration by medical means)    
\_\_\_\_\_  antibiotics

\_\_\_\_\_  other medications whose purpose is to extend my life    
\_\_\_\_\_  any other means

\_\_\_\_\_  Other (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.  \_\_\_\_\_  I want my **agent to decide**what treatments I receive, *including tube feeding*

4.  \_\_\_\_\_  I want care that preserves my dignity and that provides **comfort and relief**

5.  \_\_\_\_\_  I want **pain medicatio**

6.  \_\_\_\_\_  I want **hospice care**when it is appropriate in any setting.

7.  \_\_\_\_\_  I would prefer to **die at home**if this is possible.

8.

Other wishes and instructions: (state below or use additional pages):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ooxWord://word/media/image170.png**Instructions for Part 5**

**Order)**if your heart were to stop (statement 1). Such an order must be written and signed by

Other Treatment Wishes.

**Part 5**addresses situations which may be temporary, long-term or which may be part of a health

crisis that might become life ending for you if no treatment was given or if it was unsuccessful.

You may want to state your wishes regarding a **“Do Not Attempt Resuscitation” Order (DNR**

your doctor. Either the completed written order, or a special bracelet or other identiﬁcation of that   
order, needs to be available for any emergency ﬁrst responders who are called to the scene when   
your heart stops. It is up to you or your agent to make sure that these additional steps are taken,   
including having your doctor complete and sign the order and give you either a copy of the order

or some other identiﬁcation.

You may be in a situation in which there is a chance for recovery but, without treatment, you   
might die. Statement 2 is about allowing a **“trial of treatment”**in situations like these. This

means you want to start treatments that will sustain your life, such as breathing machines or

tube feeding, to see if you will recover. If these life sustaining treatments are not successful after a   
period of time, you give your agent and other care providers permission to stop or withdraw them.

Other statements in this Part concern your wishes about hospitalization and treatment as well as   
participation in medical student education, or clinical or drug trials as part of your treatment.

There is also a statement about mental health treatment and your preferences concerning types of   
involuntary treatment.

Statement 9 of this Part concerns speciﬁc directions for prescribing and conducting electro-   
convulsive therapy (ECT) sometimes called “electro-shock” treatment.

If certain statements of Part 5 do not concern or apply to you, do not feel you have to address   
them. If you have an agent, that person will make decisions for you should the need arise.

ooxWord://word/media/image171.pngooxWord://word/media/image172.pngooxWord://word/media/image173.pngooxWord://word/media/image174.pngooxWord://word/media/image175.pngooxWord://word/media/image176.pngooxWord://word/media/image177.pngooxWord://word/media/image178.pngooxWord://word/media/image179.pngooxWord://word/media/image180.pngooxWord://word/media/image181.pngooxWord://word/media/image182.pngooxWord://word/media/image183.pngooxWord://word/media/image184.pngooxWord://word/media/image185.pngooxWord://word/media/image186.pngooxWord://word/media/image187.pngooxWord://word/media/image188.pngooxWord://word/media/image189.pngooxWord://word/media/image190.pngooxWord://word/media/image191.pngooxWord://word/media/image192.pngooxWord://word/media/image193.pngooxWord://word/media/image194.pngooxWord://word/media/image195.pngooxWord://word/media/image196.pngooxWord://word/media/image197.pngooxWord://word/media/image198.pngooxWord://word/media/image199.pngooxWord://word/media/image200.pngooxWord://word/media/image201.pngooxWord://word/media/image202.pngooxWord://word/media/image203.pngooxWord://word/media/image204.pngooxWord://word/media/image205.pngooxWord://word/media/image206.pngooxWord://word/media/image207.pngooxWord://word/media/image208.pngooxWord://word/media/image209.pngooxWord://word/media/image210.pngooxWord://word/media/image211.pngooxWord://word/media/image212.pngooxWord://word/media/image213.pngooxWord://word/media/image214.pngooxWord://word/media/image215.pngPAGE 6

4.  \_\_\_\_\_  If the likely **costs, risks and burdens**of treatment are more than I wish to endure, I do

***Avoi***

**Hospitalizatio**

**pregnan**

**unable to think or act for mysel**

***no***

**I wish to have a Do Not Resuscitate (DNR) Orde**

I would like to ***Avoi***

6.  **Hospitalizatio**

5.  \_\_\_\_\_  If it is determined that I am **pregnant**

3.  If I am conscious but become **unable to think or act for myself**

1.  \_\_\_\_\_  **I wish to have a Do Not Resuscitate (DNR) Orde**

***Avoid***

**Hospitalization**

**pregnant**

**unable to think or act for myself**and will likely not improve, I do

**I wish to have a Do Not Resuscitate (DNR) Order**

**n**— If I need care in a **hospital or treatment facility**, the following facilities are

**t**at the time this Advance Directive becomes eﬀec-

**f**

**r**written for me.

2.  \_\_\_\_\_  If I am in a critical health crisis that may not be life-ending and **more time is needed**to

time, it becomes clear that I will ***not***

***not***get better, I want all life extending treatment

***t***

***stopped***.

This includes the use of breathing machines or tube feeding.

/  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 5: Other Treatment Wishes**

determine if I can get better, I want treatments started.  If, after a reasonable period of

not want the following life-extending treatment:   
\_\_\_\_\_  breathing machines (ventilators or respirators)

\_\_\_\_\_  feeding tubes (feeding and hydration by medical means)   
\_\_\_\_\_  antibiotics

\_\_\_\_\_  other medications whose purpose is to extend life   
\_\_\_\_\_  any other treatment to extend my life

\_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

not want life-extending treatment. The costs, risks and burdens that concern me the most   
are:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tive, I want:

\_\_\_\_\_  all life sustaining treatment. (or)

\_\_\_\_\_  only the following life sustaining treatments:

\_\_\_\_ breathing machines (ventilators or respirators)

\_\_\_\_ feeding tubes (feeding and hydration by medical means)   
 \_\_\_\_ antibiotics

\_\_\_\_ other medications whose purpose is to extend life   
 \_\_\_\_ any other treatment to extend my life

\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_  No life sustaining treatment

listed in order of preference:

Hospital/Facility: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Address.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital/Facility: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Address.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reason for preference: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***d***being treated in **the following facilities**:

Hospital/Facility: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital/Facility: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ooxWord://word/media/image216.pngooxWord://word/media/image217.pngooxWord://word/media/image218.pngooxWord://word/media/image219.pngooxWord://word/media/image220.pngooxWord://word/media/image221.pngooxWord://word/media/image222.pngooxWord://word/media/image223.pngooxWord://word/media/image224.pngooxWord://word/media/image225.pngooxWord://word/media/image226.pngooxWord://word/media/image227.pngooxWord://word/media/image228.pngooxWord://word/media/image229.pngooxWord://word/media/image230.pngooxWord://word/media/image231.pngooxWord://word/media/image232.pngooxWord://word/media/image233.pngooxWord://word/media/image234.pngooxWord://word/media/image235.pngooxWord://word/media/image236.pngooxWord://word/media/image237.pngooxWord://word/media/image238.pngooxWord://word/media/image239.pngooxWord://word/media/image240.pngooxWord://word/media/image241.pngooxWord://word/media/image242.pngooxWord://word/media/image243.pngooxWord://word/media/image244.pngooxWord://word/media/image245.pngooxWord://word/media/image246.pngPAGE 7  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

9. **Mental Health Treatment**

7.  **I prefer the following medications or treatments**: Use more space or additional sheets for this

**consen**

\_\_\_\_\_  I **consent**

A.  **Emergency Involuntary Treatment.**If it is determined that an emergency involuntary

**t**

section, if needed.

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

Avoid use of the following medications or treatments: (List medications/treatments)

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

Reason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Reason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.  Consent for **Student Education, Treatment Studies or Drug Trials**

\_\_\_\_\_  I **do**/ **do not***(circle* *one)* wish to participate in student medical education.    
 \_\_\_\_\_  I **do**/ **do not***(circle* *one)* wish to participate in treatment studies or drug trials.

(or)

\_\_\_\_\_  I authorize my agent to consent to any of the above.

treatment must be provided for me, I prefer these interventions in the following order:

(List by number as many as you choose. For example, 1 = ﬁrst choice; 2 = second choice, etc.   
 You may also note the type of medication and maximum dosage.)

**\_\_\_\_\_**Medication in pill form   
\_\_\_\_\_  Liquid medication   
\_\_\_\_\_  Medication by injection   
\_\_\_\_\_  Physical restraints   
\_\_\_\_\_  Seclusion

\_\_\_\_\_  Seclusion and physical restraints combined

\_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Reason for preferences above (optional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B.  **Electro-convulsive Therapy (ECT) or “Electro-Shock Treatment”**: If my doctor thinks that

I should receive ECT and I am not legally capable of consenting to or refusing ECT, my preference   
 is indicated below:

\_\_\_\_\_  I **do NOT**consent to the administration of any form of ECT.   
\_\_\_\_\_  I **consent**/ **do not consent***(circle* *one)* to unilateral ECT

\_\_\_\_\_  I **consent**/ **do not consent***(circle* *one)* to bifrontal ECT   
\_\_\_\_\_  I **consent**/ **do not consent***(circle* *one)* to bilateral ECT

**consent**(or authorize my agent to consent) to ECT as follows:

\_\_\_\_ I agree to the number of treatments the attending Psychiatrist considers appropriate.    
 \_\_\_\_ I agree to the number of treatments Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_considers appropriate.    
 \_\_\_\_ I agree to the number of treatments my agent considers appropriate.

\_\_\_\_ I agree to no more than the following number of treatments\_\_\_\_\_.    
Other instructions regarding the administration of ECT:

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

\_\_\_\_\_ I acknowledge that I and my agent have been apprised of and will follow the uniform   
 informed consent procedures and the use of standard forms to indicate consent to ECT per

18 V.S.A 7408.

ooxWord://word/media/image247.pngooxWord://word/media/image248.pngooxWord://word/media/image249.pngooxWord://word/media/image250.pngooxWord://word/media/image251.png**Instructions for Part 6**

**Part 6**is a special part that may be used by people who want their future responses to oﬀered

There may be situations in which you might be objecting to or requesting treatment but would   
then want your objections or requests *to* *be* *disregarded*. If you have had treatment in the past that

scares you or is uncomfortable or painful you may be likely to say “no” when it is oﬀered in a future   
health crisis. Still, you may know that this is the only way for you to come through a bad time or   
even survive. You understand that it is necessary and you would want it again if you had to have it.

Unlike other Parts of your Advance Directive, you can revoke Part 6 ***only when you have***

**o**

health treatment disregarded or ignored. **You must have an agent**

This Part will help you let your agent, and others know what you *reall*

***capacity to make medical decision***

**mbudsman, recognized member of the clergy, attorney licensed to practice**

**agent**

*really*want for yourself.

***capacity to make medical decisions***

**in Vermont, or a probate court designee**aﬃrm in writing that he or she has explained the

**t to ﬁll out this Part.**

*y*

***s***as determined by your doctor and another clinician.

nature and eﬀect of this provision to you and that you appeared to understand this explanation   
and be free from duress or undue inﬂuence.

Waiver of Right to Request or Object to Treatment

**agen**

*reall*

Because this is signing away a basic right that all patients have (to refuse or to request treatment)   
unless a court orders otherwise, you will need to give this much careful thought. You will also

have to have additional signatures and assurances at the time you ﬁll out this Part of your Advance   
Directive.

If you think Part 6 could apply to you and be helpful in your situation, you need to be sure that   
everyone involved in your care understands that you are making this choice of your own free will   
and that you understand the ramiﬁcations of waiving your right either to consent or to object to   
treatment.

***capacity to make medical decision***

**For your agent to be able to make healthcare decisions over your objection, you must:**

\*   
•

•

•

•   
•

•

Name your agent who is entitled to make decisions over your objection:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;   
Specify what treatments you are allowing your agent to consent to or to refuse over your

objection;

State that you either do or do not desire the speciﬁed treatment even over your objection at   
the time and, further, specify your wishes related to voluntary and involuntary treatment and   
release from that treatment or facility;

Acknowledge in writing that you are knowingly and voluntarily waiving the right to refuse or   
receive speciﬁed treatment at a time of incapacity;

Have your agent agree in writing to accept the responsibility to act over your objection;

Have your clinician aﬃrm in writing that you appeared to understand the beneﬁts, risks, and   
alternatives to the proposed health care being authorized or rejected by you in this provision;

and   
Have an

ooxWord://word/media/image252.pngooxWord://word/media/image253.pngooxWord://word/media/image254.pngooxWord://word/media/image255.pngooxWord://word/media/image256.pngooxWord://word/media/image257.pngooxWord://word/media/image258.pngooxWord://word/media/image259.pngooxWord://word/media/image260.pngooxWord://word/media/image261.pngooxWord://word/media/image262.pngooxWord://word/media/image263.pngooxWord://word/media/image264.pngooxWord://word/media/image265.pngooxWord://word/media/image266.pngPAGE 8  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

*no***wan**

**I do***not*

*t***want**

ment is oﬀered: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**t**

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 6: Waiver of Right to Request or Object to Future Treatment**

I hereby give my agent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ the authority to consent to or refuse the   
following treatment(s) over my objection if I am determined by two clinicians to lack capacity to   
make healthcare decisions at the time such treatment is considered:

1.  **I *do*want**the following treatment to be provided, even over my objection, at the time the treat-

*not***want**the following treatment, even over my request for that treatment, at the time the

treatment is oﬀered:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.

I give permission for my agent to agree to have me admitted to a designated hospital or treatment   
facility even over my objection.

\_\_\_\_\_ Yes

\_\_\_\_\_ No

3.

I give my agent permission to agree that my release from a voluntary admission for mental health   
treatment may be delayed even over my objection for up to four days so that a decision can be   
made regarding whether I meet criteria to be involuntarily committed.

\_\_\_\_\_ Yes

\_\_\_\_\_ No

4.

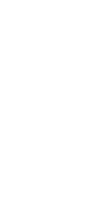
I hereby aﬃrm that I am knowingly and voluntarily waiving the right to refuse or request speciﬁed   
treatment at a time of incapacity, and that I understand that my doctor and one other clinician

will determine whether or not I have capacity to make health care decisions at that time. I know   
that I can revoke this part of my Advance Directive only when I have the capacity to do so, as   
determined by my doctor and at least one other clinician.

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Principal

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

*(Continued* *next* *page)*

ooxWord://word/media/image268.pngooxWord://word/media/image269.pngooxWord://word/media/image270.pngooxWord://word/media/image271.pngooxWord://word/media/image272.pngooxWord://word/media/image273.pngooxWord://word/media/image274.pngooxWord://word/media/image275.pngooxWord://word/media/image276.pngooxWord://word/media/image277.pngooxWord://word/media/image278.pngooxWord://word/media/image279.pngooxWord://word/media/image280.pngooxWord://word/media/image281.pngooxWord://word/media/image282.pngooxWord://word/media/image283.pngPAGE 9  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

**Acknowledgement of principal’s clinicia**

**Acknowledgement by Agen**

**Acknowledgement of principal’s clinicia**

**Acknowledgement by Agent**

**t**

**n**— I aﬃrm that the principal appears to understand

**Acknowledgements**

**Acknowledgement by Agent**— I hereby accept the responsibility of consenting to or refusing

the treatments speciﬁed above, even if to do so would be against the principal’s expressed wishes   
at the time treatment is considered.

Signed: *(Agent)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and *(Alternate)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print names: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**Acknowledgement of principal’s clinician**

the beneﬁts, risks, and alternatives to the health care speciﬁed above that is being consented to or   
refused by the principal.

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facility: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Please print name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acknowledgement by persons who explain Part 6**— I, as the designated person to explain

Part 6, aﬃrm that I am an ombudsman, recognized member of the clergy, an attorney licensed to   
practice in Vermont, or a probate court designee and that I have:

•

•

•

•

Explained the nature and eﬀect of this Waiver of the Right to Request or Object to Treatment   
to the principal, and

The principal appears both to understand the nature and eﬀect of this provision and to be free   
from duress or undue inﬂuence.

If the principal is in a hospital at the time of signing, that I am not aﬃliated with that hospital,   
and

I am not related to the principal, a reciprocal beneﬁciary, or the principal’s clergy or a person   
who has exhibited special care and concern for the principal.

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ooxWord://word/media/image284.png**Instructions for Part 7**

an organ donor.

Organ and Tissue Donation

**Part 7**of your Advance Directive allows you to state your wishes about organ and tissue donation.

In our country permission for organ donation is not assumed and often the family or next of kin   
are approached for donation at the time of an accidental or unexpected death. Although you may   
elect to have an agent or your family decide on organ and tissue donation, your organs are more   
likely to be used if you make the decision yourself.

You may also note your wishes on your license and attach the sticker showing that you wish to be

You do not have to have an Advance Directive form ﬁlled out to show evidence   
of your wishes to be an organ donor, particularly if your license identiﬁcation includes your wishes

about organ donation.

If you wish to donate your body for research to a medical school you will ﬁrst need to contact that   
institution to make separate arrangements and ﬁll out forms supplied by that institution.

ooxWord://word/media/image285.pngooxWord://word/media/image286.pngooxWord://word/media/image287.pngooxWord://word/media/image288.pngooxWord://word/media/image289.pngooxWord://word/media/image290.pngooxWord://word/media/image291.pngooxWord://word/media/image292.pngooxWord://word/media/image293.pngooxWord://word/media/image294.pngooxWord://word/media/image295.pngooxWord://word/media/image296.pngooxWord://word/media/image297.pngooxWord://word/media/image298.pngooxWord://word/media/image299.pngPAGE 10  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 7: Organ and Tissue Donation**

I want my agent (if I have appointed one) and all who care about me to follow my wishes about   
organ donation if that is an option at the time of my death. *(Initial* *below* *all* *that* *apply.)*

\_\_\_\_\_  I wish to donate the following organs and tissues:   
 \_\_\_\_ any needed organs or tissues

\_\_\_\_ major organs (heart, lungs, kidneys, etc.)   
 \_\_\_\_ tissues such as skin and bones

\_\_\_\_ eye tissue such as corneas

\_\_\_\_ I wish my agent to make any decisions for anatomical gifts  (or)   
 \_\_\_\_ I wish the following person(s) to make any decisions:

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

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

\_\_\_\_\_ I desire to donate my body to research or educational programs. (Note: you will have to   
 make your own arrangements through a Medical School or other program.)

\_\_\_\_\_  I do not wish to be an organ donor.

ooxWord://word/media/image300.pngooxWord://word/media/image301.png**Instructions for Part 8**

*require*

autopsy performed. Autopsies may be *require*

*required*

Disposition of My Body after Death

**Part 8**allows you to give directions about funeral arrangements or related wishes about the ﬁnal

disposition of your body after you die.

You can use the section to appoint an agent for making these arrangements, or you may say that   
family members should decide. You can give directions to whoever is in charge.

You can list important information about any pre-need arrangements you have made with a   
funeral home or cremation service or about the location of family burial plots.

You may indicate your permission to have an autopsy done on your body after your death. An   
autopsy is generally not suggested or needed when the cause of death is clear. If an autopsy

is suggested, it could be helpful to your agent or family to know your wishes about having an

*d* in cases where abuse, neglect, suicide or foul play

is suspected.

ooxWord://word/media/image302.pngooxWord://word/media/image303.pngooxWord://word/media/image304.pngooxWord://word/media/image305.pngooxWord://word/media/image306.pngooxWord://word/media/image307.pngooxWord://word/media/image308.pngooxWord://word/media/image309.pngooxWord://word/media/image310.pngooxWord://word/media/image311.pngooxWord://word/media/image312.pngooxWord://word/media/image313.pngooxWord://word/media/image314.pngooxWord://word/media/image315.pngooxWord://word/media/image316.pngooxWord://word/media/image317.pngooxWord://word/media/image318.pngooxWord://word/media/image319.pngooxWord://word/media/image320.pngooxWord://word/media/image321.pngooxWord://word/media/image322.pngooxWord://word/media/image323.pngooxWord://word/media/image324.pngooxWord://word/media/image325.pngooxWord://word/media/image326.pngooxWord://word/media/image327.pngooxWord://word/media/image328.pngooxWord://word/media/image329.pngPAGE 11  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

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

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

**autops**

**health care agen**

**Agen**

3.  If an **autopsy**

\_\_\_\_\_  I want my **health care agent**

2.  **Agent**

**t**

**t**to decide arrangements after my death;

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 8: My Wishes for Disposition of my Body after my Death**

1.

My Directions for Burial or Disposition of My Remains after Death.

\_\_\_\_\_  I want a funeral followed by burial in a casket at the *following* *location,* *if* *possible*   
 (please tell us where the burial plot is located and whether it has been pre-purchased):

(or)

\_\_\_\_\_  I want to be cremated and want my ashes buried or distributed as follows:

(or)

\_\_\_\_\_  I want to have arrangements made at the direction of my agent or family.

Other instructions:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(For* *example,* *you* *may* *include* *contact* *information* *for* *Medical* *School* *programs* *if* *you* *have*   
*made* *arrangements* *to* *donate* *your* *body* *for* *research* *or* *education.)*

**Agent**for disposition of my body

*(select* *one)*:

**health care agent**

if he or she is not available, I want my alternate agent to decide.

\_\_\_\_\_  I appoint the following person to decide about and arrange for the disposition of my body   
after my death:

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

Cellphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(or)

\_\_\_\_\_  I want my family to decide.

**autopsy**is suggested following my death:

\_\_\_\_\_  I support having an autopsy performed.

\_\_\_\_\_  I would like my agent or family to decide whether to have it done.

4.  I have already made **funeral or cremation arrangements**with:

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

ooxWord://word/media/image330.pngooxWord://word/media/image331.png**Instructions for Part 9**

**Advance Directive Registr**

electronic databank called an **Advance Directive Registr**

**Advance Directive Registry**

**y**where you, your agent, your health

Signature and Witnesses

Congratulations!  You have done much good work in sharing your wishes through the completion   
of your Advance Directive.

Be sure that your wishes as stated in the Parts you have chosen to ﬁll out make sense when read   
together as a whole. If there is a question of conﬂicting wishes, be sure that you have indicated   
your priorities.

When you sign your Advance Directive, you must have **two adult witnesses**. Neither witness

can be your spouse, agent, brother, sister, child, grandchild or reciprocal beneﬁciary. A change in   
Vermont law has made it a little easier to have witnesses available to assist you. For example, your

health care or residential care provider and their staﬀ now can be witnesses of Advance Directives.

If you are in a hospital, nursing home or residential care facility when you complete your Advance   
Directive, you will need a third person’s signature to certify that he or she has explained the   
Advance Directive to you and that you understand the impact and eﬀect of what you are doing. In   
a health care facility, this third person may be a hospital designee, a long-term care ombudsman,   
an attorney licensed to practice in Vermont, a clergyperson or a Probate Court designee. (Note: If

you decide to include **Part 6**when you are in a health care facility, you must be sure that the third

person who signs your document in that Part is not aﬃliated with or employed by the health care   
facility.)

**Distribution of Copies of this Document**

It is a good idea to make sure that your agent, your family, your personal physician and your near-   
est hospital or medical facility all have copies of this Advance Directive. List the people to whom

you give copies at the end of Part 9 of the Advance Directive form. This will be make it easy for   
you to remember to tell all of these people if you decide to cancel, revoke or change this docu-   
ment in the future.

By mid-2007 you will also have the option to have your advance directive scanned into an

care facility and others you designate, can get copies of your advance directive (including special   
personal handwritten instructions) immediately.

ooxWord://word/media/image332.pngooxWord://word/media/image333.pngooxWord://word/media/image334.pngooxWord://word/media/image335.pngooxWord://word/media/image336.pngooxWord://word/media/image337.pngooxWord://word/media/image338.pngooxWord://word/media/image339.pngooxWord://word/media/image340.pngooxWord://word/media/image341.pngooxWord://word/media/image342.pngooxWord://word/media/image343.pngooxWord://word/media/image344.pngooxWord://word/media/image345.pngooxWord://word/media/image346.pngooxWord://word/media/image347.pngooxWord://word/media/image348.pngooxWord://word/media/image349.pngooxWord://word/media/image350.pngooxWord://word/media/image351.pngooxWord://word/media/image352.pngooxWord://word/media/image353.pngPAGE 12  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

**I declare that this document reﬂects my desires regarding my future health care, (organ**

***hospita***

**current patient or resident in a *hospital***

***hospital,***

**Advance Directive of my own free will.**

***l***

***or other health care facility.***

NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Part 9: Signed Declaration of Wishes**

**and tissue donation and disposition of my body after death,) and that I am signing this**

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Optional)* I aﬃrm that I have given or will give copies of my Advance Directive to my Agent(s)   
and Alternate Agent(s) and that they have agreed to serve in that role if called upon to do so.

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Optional)* I aﬃrm that I have given or will give a copy of my Advance Directive to my Doctor or   
Clinician.

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acknowledgement of Witnesses**— I aﬃrm that the Principal appears to understand the nature

of an Advance Directive and to be free from duress or undue inﬂuence.

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Acknowledgement by the person who explained this Advance Directive if the principal is a**

I aﬃrm that:

•

•

•

the maker of this Advance Directive is a current patient or resident in a hospital, nursing home   
or residential care facility,

I am an ombudsman, recognized member of the clergy, an attorney licensed to practice in   
Vermont, or a probate court or hospital designee, and

I have explained the nature and eﬀect of the Advance Directive to the Principal and it appears   
that the Principal is willingly and voluntarily executing it.

Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title/position:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ooxWord://word/media/image354.pngooxWord://word/media/image355.pngooxWord://word/media/image356.pngooxWord://word/media/image357.pngooxWord://word/media/image358.pngooxWord://word/media/image359.pngooxWord://word/media/image360.pngooxWord://word/media/image361.pngooxWord://word/media/image362.pngooxWord://word/media/image363.pngooxWord://word/media/image364.pngooxWord://word/media/image365.pngooxWord://word/media/image366.pngooxWord://word/media/image367.pngooxWord://word/media/image368.pngooxWord://word/media/image369.pngooxWord://word/media/image370.pngooxWord://word/media/image371.pngooxWord://word/media/image372.pngooxWord://word/media/image373.pngooxWord://word/media/image374.pngooxWord://word/media/image375.pngooxWord://word/media/image376.pngooxWord://word/media/image377.pngooxWord://word/media/image378.pngooxWord://word/media/image379.pngooxWord://word/media/image380.pngPAGE 13  /  VERMONT ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

**\_\_\_\_\_Vermont Advance Directive Registr**

**\_\_\_\_\_Vermont Advance Directive Registr**

**y**(anticipated available by mid- 2007)

***Important!***

Please list below the people and locations that will have a copy of this document:

**\_\_\_\_\_Vermont Advance Directive Registry**

\_\_\_\_ **Health care agent(s)**

\_\_\_\_ **Alternate health care agent**

\_\_\_\_\_ **Family members:**(List by name all who have copies)

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ MD (Name)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hospital (s) (Names)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Other individuals or locations:

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

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

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

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

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

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