

⊙ Mes directives anticipées

Durée de validité du document : 3 ans

Je, soussigné(e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Mes souhaits relatifs à ma fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de mon traitement dans l'hypothèse où je suis hors d'état d'exprimer ma volonté :

Date :

signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de la signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.

Renouvellement :

Oui je renouvelle mes directives anticipées

Date :

signature :

Modifications de mes directives anticipées :

Demande de modification : faire remplir une nouvelle fiche

Date :

signature :

Révocation de mes directives anticipées

Je révoque mes directives anticipées

Date :

signature :

Attestation en cas de recours à deux témoins par le résident

Je, soussigné(e),

Nom :Prénom :

Nom de jeune fille :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées en date du

relate bien l'expression de la volonté libre et éclairée du M/Mme

Date :

signature :

Je, soussigné(e),

Nom :Prénom :

Nom de jeune fille :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées en date du

relate bien l'expression de la volonté libre et éclairée du M/Mme

Date :

signature :