

Mes directives anticipées

Je soussigné(e) (*nom-prénom*) :

Né(e) le :

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

je confie mes directives à

je conserve mes directives.

Ma personne de confiance est :

Nom et prénom

Qualité

Fait à

le

(*validité : 3 ans*)

Signature

Réactualisé pour 3 ans le :

Signature :

Annulé le

Signature :

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1er témoin

Nom et prénom

Qualité

Date

Signature

2è témoin

Nom et prénom

Qualité

Date

Signature