

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.

1^{er} témoin

nom et prénom

qualité

date

signature

2^e témoin

nom et prénom

qualité

date

signature