Je soussigné(e),

Nom de famille : …… Nom d'usage: ……
(de naissance ou d'adoption) (nom d'épouse)

Prénom(s) : ……..... Date et lieu de naissance : ……

Adresse : ……

J'énonce ci-dessous mes directives anticipées dans le cas où je ne serai plus en mesure d'exprimer ma volonté.

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Date : Signature

Durée de validité à vie à partir de la rédaction

Si vous souhaitez modifier ou révoquer vos directives anticipées merci de nous l'indiquer ci-dessous en complétant la case relative à votre demande.

Modification de mes directives anticipées :	
Le patient doit remplir une nouvelle fiche	
Date :	Signature :

Révocation de mes directives anticipées :	
Je révoque mes directives anticipées	
Date :	Signature :

SI VOUS NE POUVEZ PAS ECRIRE, merci d'exprimer oralement vos directives anticipées pour qu'elles soient retranscrites en présence de 2 témoins.

Identité du 1er témoin :

Nom de famille : …… Nom d'usage: ……
(de naissance ou d'adoption) (nom d'épouse)

Prénom(s) : …….....

Qualité : …….....

Atteste que les directives anticipées en date du …….. restent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme …….

Date : Signature :

Identité du 2nd témoin :

Nom de famille : …… Nom d'usage: ……
(De naissance ou d'adoption) (nom d'épouse)

Prénom(s) : …….....

Qualité : …….....

Atteste que les directives anticipées en date du …….. restent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme …….

Date : Signature :

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Signature

Durée de validité à vie à partir de la rédaction