

Je soussigné(e) (nom de naissance, prénom) _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Enonce ci-dessous mes directives anticipées dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté :

Cette directive est valable pour la durée de mon hospitalisation et est révocable à tout moment.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :

Lorsque le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, il peut demander à 2 témoins majeurs d'attester que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1er témoin :

2ème témoin

NOM, Prénom : _____

NOM, Prénom : _____

Qualité : _____

Qualité : _____

Date ____/____/____

Date : ____/____/____

Signature :

Signature :

NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.