

FORMULAIRE D'EXPRESSION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Selon la loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005

Je soussigné(e), patient(e) majeur(e),

Nom et prénom

Né(e) le / / À

Domicile

Certifie

- avoir reçu toutes les informations concernant mon état de santé et la prise en charge thérapeutique proposée,
- être en état de m'exprimer librement,
- être conscient que mes volontés exprimées ci-dessous prévaudront sur tout autre avis non médical (y compris celui de ma personne de confiance), mais qu'elles n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin,
- savoir que ces directives sont modifiables et révocables à tout moment,
- qu'elles sont valables 3 ans.

J'énonce ci-dessous mes directives anticipées au cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté :

.....
.....
.....
.....

Fait à, le / /

Signature :

Ne pouvant écrire et signer moi-même ces directives, je désigne deux témoins dont l'un des deux peut aussi être ma personne de confiance

Témoin 1 :

Nom :

Prénom :

Signature

Témoin 2 :

Nom :

Prénom :

Signature

