

FORMULAIRE D'EXPRESSION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Sécher le formulaire avant + de 27 avril 2015

(à compléter par le patient ou par son représentant)

Nom et prénom :

N° de la carte d'identité :

Domicile :

Carthé

- avoir reçu toutes les informations concernant mon état de santé et la prise en charge thérapeutique proposée,
- être en état de s'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 révoquables à tout moment,
- qu'elles sont valables 5 ans.

(Si vous ci-dessous mes directives anticipées au cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté)

.....

.....

.....

.....

N° de la carte d'identité :

Signature :

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

Témoin 1 :

Nom :

Prénom :

Signature :

Témoin 2 :

Nom :

Prénom :

Signature :

