

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Durée de validité du document : 3 ans

(loi Léonetti du 22 Avril 2005 et décret d'application n° 2006-119 du 6 février 2006)

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Né(e) le : à :

Demeurant :

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à..... 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

1er Témoin

2ème Témoin

Nom et Prénom..... Nom et Prénom.....

Qualité Qualité.....

Date..... Date.....

Signature

Signature