

Directives anticipées

Mon identité

Nom et prénoms :

.....Né(e) le
:

à :

Domicilié(e) à :

.....
.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :-

j'ai l'autorisation du juge "Oui" Non-

du conseil de famille "Oui" Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

Modification ou annulation de mes directives anticipées:

Modification ou annulation de mes directives anticipées:

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles.

Seul le document le plus récent fait foi. :

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

.....

Déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait leà

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit précédemment.

