SAD Vanne-et-Othe

2 place de la Liberté
89190 Villeneuve
l'Archevêque
Tel : 03 86 86 77 10

Courriel :
ewas@fede89.admr.org

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

73 Rue du Gal De Gaulle
89320 Cerisiers
Tel : 03 86 96 40 08

Courriel :
contact@una-cerisiers.fr

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Vous pouvez conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix (personne de confiance, médecin traitant, médecin hospitalier...). Vous pouvez les rédiger à n'importe quel moment de votre vie, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Je soussigné(e) : .....

né(e) le : ...../...../..... à : .....

Adresse : .....

.....

.....

énonce ci-dessous mes directives anticipées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :

Si la personne est dans l'incapacité de rédiger elle-même ses directives anticipées, deux témoins attestent, à sa demande, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1ER TEMOIN OU PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : .....

Prénom : .....

2EME TEMOIN

Nom : .....

Prénom : .....

attestent que ce document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

.....

Date : _____/_____/_____
Signature :

Date : _____/_____/_____
Signature :

Partie à remplir par le médecin en cas de demande formulée par le patient

Le médecin : Nom : ..... Prénom : .....

constate que le patient : Nom : ..... Prénom : .....

a exprimé librement sa volonté, après avoir pris connaissances de toutes les informations appropriées.

Date : _____/_____/_____ Signature du médecin :