

Fiche Patient

Vos droits :

Directives
anticipées

Document à remplir

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, les directives anticipées permettent de faire connaître au médecin vos volontés.

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance : /..... /..... à :

Adresse :

.....

Mes souhaits concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de mon traitement dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté :

Fait à :

Le : Signature :



Document à remplir

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

J'ai été informé(e) que je pouvais révoquer ou modifier mes directives anticipées à tout moment.

Des formulaires plus détaillés sont accessibles sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

Modifications : Oui, je modifie mes directives anticipées et remplis un nouveau formulaire.

Révocation : Oui, je révoque mes directives anticipées et délègue à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Fait à : Le : Signature :