

Étant dans l'impossibilité de rédiger moi-même mes directives anticipées, les 2 témoins ci-dessous attestent, à ma demande, que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

1 ^{er} témoin	2 ^{ème} témoin
Nom – prénom :	Nom – prénom :
Qualité* :	Qualité* :
Date :	Date :
Signature	Signature

PARTIE A REMPLIR LE CAS ECHEANT PAR L'EQUIPE SOIGNANTE

Nous soussignés :

1 ^{er} témoin	2 ^{ème} témoin
Nom – prénom :	Nom – prénom :
Qualité* :	Qualité* :

Attestons que :
(Noms - prénoms) :
N'est pas à même de recevoir l'information.

Remarques éventuelles :
.....
.....
.....

Fait à : Le :
Signature du personnel soignant

** ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant*