

Déclaration anticipée négative

Nom et prénom

Adresse complète

Numéro d'identification au Registre national

Si je ne devais plus être capable d'exprimer ma volonté

Je ne souhaite plus de traitement visant à prolonger la vie, mais simplement un traitement de confort. Je ne veux plus d'examens, sauf dans le cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

De plus, je ne veux pas :

antibiotiques

hydratation et nutrition artificielles

chimiothérapie

radiation

opération

respiration artificielle

dialyse rénale

réanimation

soins intensifs

hospitalisation

autre traitement (compléter par vous-même) :

Le traitement peut se poursuivre en fonction de don d'organes.

Je désigne un représentant afin de faire respecter mes souhaits et mes droits, au cas où je ne serais plus en état de le faire :

Nom et prénom

Adresse complète

Numéro d'identification au Registre national

Numéro de téléphone

Date et lieu de naissance

Lien de parenté éventuel

Le requérant n'est pas en état de rédiger personnellement la déclaration anticipée.

La raison pour laquelle le requérant est physiquement incapable de rédiger et signer cette déclaration anticipée négative est la suivante :

Madame/Monsieur

a été désignée pour rédiger cette déclaration anticipée négative.

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

Adresse complète

Numéro d'identification au Registre national

Numéro de téléphone

Date et lieu de naissance

Lien de parenté éventuel

Cette déclaration est établie en exemplaires signés qui sont conservés }

.....
.....

Fait à, le

Date et signature du requérant :

.....

Date et signature du représentant :

.....

Date et signature de la personne désignée qui a rédigé la demande anticipée à la place du demandeur :

.....

Facultatif :

Le médecin traitant confirme par sa signature seulement la capacité mentale du demandeur :

.....

Signature, date et cachet :

(chaque signature et date seront complétées des nom et qualité du signataire)