

Déclaration anticipée concernant mes soins de santé et ma fin de vie

Mes données d'identité *

*à compléter

obligatoirement

Nom :
Prénom(s) :
Adresse :
Numéro de registre national :

Mes valeurs et convictions personnelles

Outre les déclarations anticipées expressément libellées ci-après, je souhaite qu'il soit toujours tenu compte des valeurs, convictions et conceptions philosophiques suivantes, qui sont importantes pour moi :

.....
.....
.....

Désignation de mon/ma représentant(e)

DÉSIGNATION

Votre représentant(e) ne peut être ni votre médecin, ni un collaborateur de l'institution dans laquelle vous séjournez, sauf s'il s'agit d'un parent par le sang, le mariage ou l'adoption.

Je soussigné(e), désigne la personne suivante comme mon (ma) représentant(e) dans le cas où je ne serais pas en mesure de prendre moi-même des décisions concernant les soins de santé dont j'ai besoin ou où je ne pourrais pas exercer moi-même mes droits en qualité de patient(e) :

Nom et prénom du (de la) représentant(e) :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance : Numéro de registre national :

Il/Elle est autorisé(e) à décider à ma place des soins médicaux souhaitables pour moi.

Il/elle veillera également à ce que mes droits en qualité de patient(e) soient respectés. Et ce, à partir du moment où je ne serai plus en mesure de le faire moi-même.

Fait à Date

Ma signature :

ACCEPTATION

M./Mme (nom et prénom du (de la) représentant(e)) accepte la désignation en qualité de représentant(e) et m'engage à représenter, au mieux de mes capacités, (nom et prénom de la personne représentée), dans le respect des déclarations anticipées reprises dans le présent document.

Fait à Date

Signature du (de la) représentant(e) :

Remarque : un(e) deuxième représentant(e) peut être désigné(e) au cas où le (la) premier (première) représentant(e) ne serait pas disponible, pour quelque raison que ce soit. Si vous le souhaitez, remplissez un deuxième exemplaire de ce formulaire.