



FORMULAIRE DE DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE

Cette déclaration est une demande d'euthanasie pour le cas où vous seriez dans une situation où l'euthanasie pourrait être pratiquée mais où vous seriez inconscient(e) et donc incapable d'en faire la demande.

1 - DONNÉES OBLIGATOIRES

A. Objet de la déclaration anticipée

Monsieur/Madame (*) (nom et prénom) :

(*) demande, que dans le cas où il/elle (*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

(*) reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(*) révisé la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

B. Données personnelles du requérant

Mes données personnelles sont les suivantes :

- Résidence principale :
- Adresse complète :
- Numéro Registre national :
- Date et lieu de naissance :

C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance.

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

D. Les témoins²

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

1) Nom et prénom :
Résidence principale :
Adresse complète :
Numéro d'identification dans le registre national :
Numéro de téléphone :
Date et lieu de naissance :
Lien de parenté éventuel :

2) Nom et prénom :
Résidence principale :
Adresse complète :
Numéro d'identification dans le registre national :
Numéro de téléphone :
Date et lieu de naissance :
Lien de parenté éventuel :

2 - DONNÉES FACULTATIVES

A. Les personnes de confiance éventuellement désignées

Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait être d'application et qu'elle(s) soi(en)t impliquée(s) pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence :

- 1) Nom et prénom :
Résidence principale :
Adresse complète :
Numéro d'identification dans le registre national :
Numéro de téléphone :
Date et lieu de naissance :
Lien de parenté éventuel :
- 2) Nom et prénom :
Résidence principale :
Adresse complète :
Numéro d'identification dans le registre national :
Numéro de téléphone :
Date et lieu de naissance :
Lien de parenté éventuel :

B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante :

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

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné (nom et prénom)
pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.

Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro d'identification dans le registre national :
- numéro de téléphone :
- date et lieu de naissance :
- lien de parenté éventuel :

La présente déclaration a été rédigée en (nombre)..... exemplaires signés qui sont conservés (à un endroit ou chez une personne) :

.....

Date et signature du requérant :

Date : Signature :

Date et signature des deux témoins :

1) Date : Signature :

2) Date : Signature :

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (1) :

1) Date : Signature :

2) Date : Signature :