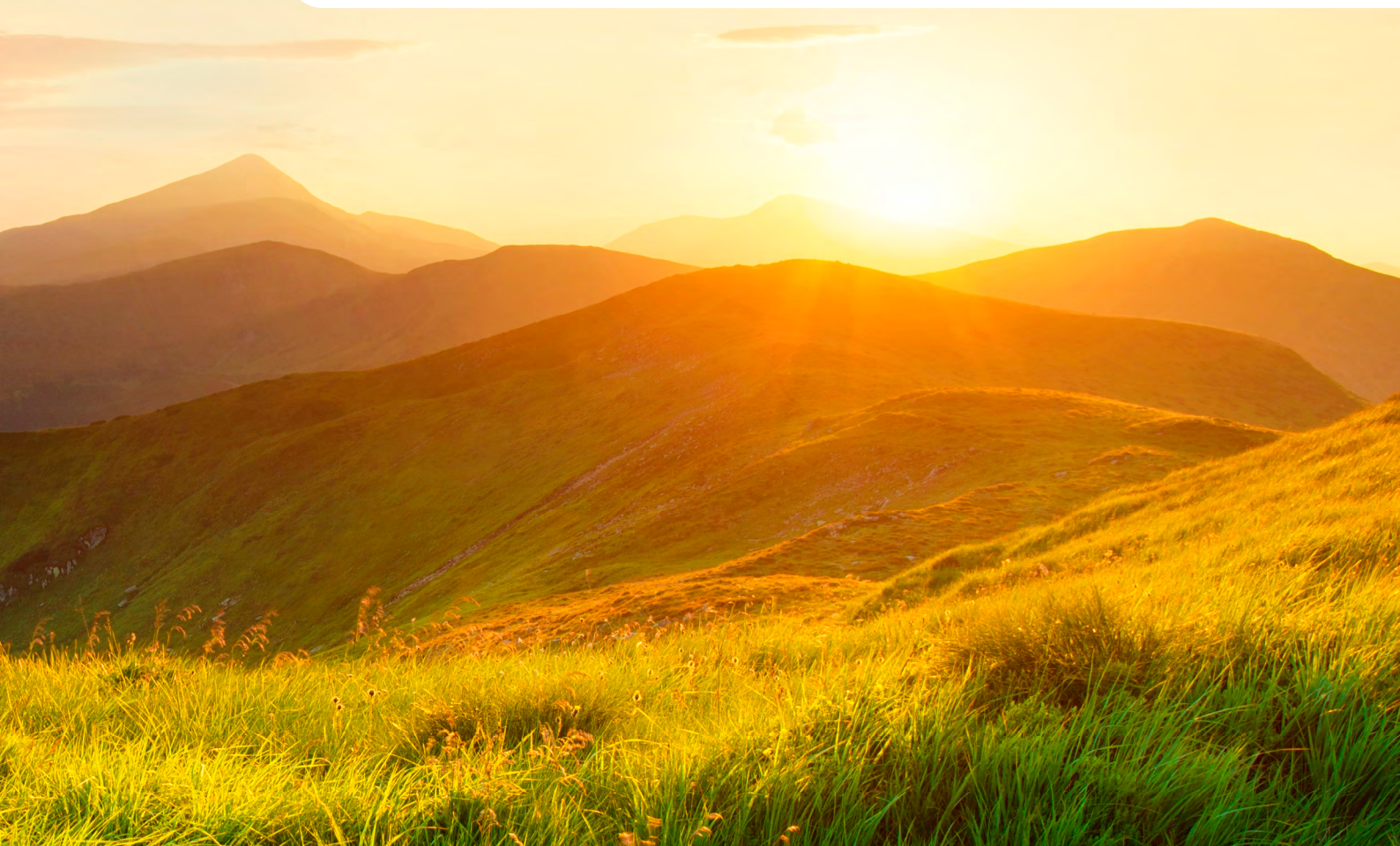


DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ DE SOINS

FAIRE ENTENDRE MA VOIX
JUSQU'À LA FIN DE MA VIE

Nom

Prénom



Les documents originaux ont été déposés à l'endroit suivant :

Mon identité :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune:

Numéro de téléphone :

Ma personne de confiance :

Mon mandataire :

Mon médecin généraliste :

(Cachet)

Mon médecin spécialiste :

(Cachet)

J'ai complété les documents suivants :

- ☐ (Page 5) Mes souhaits, valeurs et conceptions personnelles
- ☐ (Page 6) Désignation d'une personne de confiance
- ☐ (Page 7) Désignation d'un mandataire
- ☐ (Page 9) Déclaration de principe, dans le cas où je serais dans l'incapacité d'exprimer ma volonté
- ☐ (Page 15) Autres informations importantes pour mon médecin généraliste concernant
 - l'inhumation
 - le don d'organes
 - le don du corps pour la science

En outre, j'ai rempli avec **le médecin traitant** ou avec **l'infirmier de référence** les documents suivants :

- ☐ (Page 11) Une déclaration anticipée négative
- ☐ (Page 13) Une déclaration anticipée relative à l'euthanasie dans le cas où je serais plongé dans un **coma irréversible**

Pour des raisons de facilité de lecture, le texte est rédigé au masculin, toutefois l'entièreté des données sont non genrées.

MA DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ DE SOINS

GÉNÉRALITÉS

A quoi sert une déclaration anticipée de volonté de soins ?

En Belgique, nous avons la possibilité, en tant que citoyens, de participer à la détermination de nos soins de santé en fonction de nos valeurs et de nos attentes, même en fin de vie. Les réflexions sur les soins de fin de vie peuvent être discutées avec la famille, les amis, les soignants et surtout avec le médecin de famille ou le spécialiste et être consignées dans un testament de vie.

Un testament de vie est une déclaration de volonté écrite (loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients). Il me donne la possibilité de documenter ma volonté pour le cas où je ne pourrais plus l'exprimer et de désigner un mandataire qui pourra prendre des décisions à ma place et dans mon intérêt.

Avec l'aide d'un testament de vie, je peux, à un moment où je suis encore en pleine possession de mes facultés mentales (raison et volonté), participer au choix du traitement et donc au déroulement de ma dernière phase de vie. Si je ne suis plus en mesure de décider moi-même des soins médicaux, les directives anticipées que j'ai rédigées doivent être prises en compte par le médecin comme une aide importante à la décision.

Cela peut être particulièrement utile en cas de désaccord entre les souhaits des proches, les valeurs du patient ou l'attitude de l'équipe soignante.

Comment et avec qui devrais-je compléter ma déclaration anticipée de volonté de soins ?

Les pages suivantes peuvent être complétées indépendamment les unes des autres. Si nécessaire, certaines pages peuvent être retirées, sans que cela ne nuise à la valeur de cette déclaration.

De nombreuses personnes désirent compléter déjà anticipativement une partie de la déclaration, en vue de circonstances imprévisibles comme, par exemple, un coma dû à un accident ou à un AVC. Cette partie

peut être complétée avec l'aide d'un centre d'information et des membres de la famille.

La déclaration de volonté anticipée négative (refus de soins) ne devrait être complétée que dans le cas d'un diagnostic d'une maladie mortelle ou à un âge avancé, lorsque je suis en mesure d'avoir une idée concrète d'une situation déjà existante. Avec une déclaration de volonté négative, je refuse certains traitements dans certaines situations particulières. Celle-ci n'est à compléter qu'avec l'aide du médecin généraliste ou du moins de l'équipe soignante, qui pourront donner les explications nécessaires quant aux conséquences possibles.

Qu'est-ce une personne de confiance ?

Qu'est-ce un mandataire ?

Je donne à la personne de confiance que j'ai désignée, l'autorité de s'informer, également en mon absence, de mon état de santé. La personne de confiance ne peut cependant pas prendre des décisions à ma place.

Le mandataire est la personne qui, dans le cas où je ne pourrais pas exercer mes droits de patient, peut les représenter dans mon intérêt et prendre des décisions à ma place. Si je n'ai pas désigné de mandataire, la loi belge prévoit un mandataire dans mon cercle familial restreint.

Qu'est-ce une déclaration de volonté négative ?

Depuis 2002 le patient possède un droit de consentement, c'est à dire qu'aucun traitement ne peut être entamé ou poursuivi sans le consentement du patient (sauf en situation d'urgence). Par une déclaration de volonté négative, je déclare déjà au préalable refuser certains traitements dans le cas où je ne pourrais plus émettre ma volonté ultérieurement.

Quelle est la durée de validité de la déclaration anticipée de soins ?

Aucun règlement ne fixe la durée de validité d'une déclaration anticipée de soins. Par contre, il est souhaitable de reconfirmer cette déclaration environ tous les 2 à 3 ans par une signature et une date. Le personnel soignant a, dans ce cas, une plus grande certitude que la volonté émise dans la déclaration correspond bien à la volonté actuelle.

Dans quelle mesure la déclaration anticipée de volonté de soins est-elle contraignante ?

Cette déclaration de volonté est contraignante si la situation déterminante se produit dans le cadre de l'évolution naturelle de la maladie et que le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Cette déclaration est un indice important de la volonté du patient. La responsabilité des mesures médicales est au final assumée par le médecin.

Où puis-je déposer ma déclaration anticipée de volonté de soins ??

Il est conseillé de garder l'original de la déclaration à son domicile dans un endroit facilement trouvable. De plus, le médecin traitant, la personne de confiance et/ou le mandataire devraient en avoir une copie. Ces personnes devraient également être informées du lieu où je conserve mon original. Dans le cas d'une modification de la déclaration ou de la révocation du mandataire désigné, il faut veiller à adapter toutes les copies et à en informer les personnes concernées.

INFORMATIONS

Contact pour la population

Avec mon médecin traitant je peux compléter la déclaration anticipée de volonté de soins et en discuter.

En outre, je peux obtenir des conseils et des informations quant aux droits de patients et d'autres brochures concernant la déclaration anticipée de volonté de soins auprès de :

- **Patienten Rat & Treff**
Aachener Straße 6, 4700 Eupen
Tel.: 087/55 22 88, www.patientenrat.be

Contact pour les professionnels des soins de santé

- **Palliativpflegeverband Ostbelgien**
Bahnhofstraße 37, 4700 Eupen
Tel.: 087/56 97 47, www.palliativpflegeverband.com

Autres formulaires concernant les droits des patients et les déclarations anticipées :

- **Ministère de la communauté germanophone**
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Gospertstraße 1, 4700 Eupen
Tel.: 087/59 63 00
www.ostbelgienlive.be => Gesundheit
=> Patientenrechte
- **Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens**
Vennbahnstraße 4/4, 4780 St. Vith
Tel.: 080/22 91 11, www.selbstbestimmt.be

1. MES SOUHAITS, VALEURS ET CONCEPTIONS PERSONNELLES

.....

.....

.....

- ☐ que les médecins et les personnes qui s'occupent de moi m'informent honnêtement sur l'état et l'évolution probable de ma maladie ;
- ☐ que les médecins et les personnes qui s'occupent de moi ne **m'informent pas** sur l'état et l'évolution probable de ma maladie
- ☐ qu'en cas de maladie grave en stade avancé, on ait un échange sur les mesures de prolongation/maintien de la vie, leurs avantages et leurs contraintes :
 - ☐ avec moi
 - ☐ avec moi et ma famille
 - ☐ sans moi, mais avec la personne de confiance ou mon mandataire désigné
 - ☐ uniquement au sein de l'équipe de soins en concertation avec mon médecin généraliste
 - ☐

En plus des déclarations d'intention explicites qui suivent, je voudrais que la philosophie de vie, les valeurs et les conceptions de la vie décrites ci-dessous, soient respectées à tout moment :

- ☐ un soutien spirituel, je suis de confession
- ☐ qu'on me propose un soutien psychologique.

[illegible]

2. DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art.7, §2, art. 9, §2, art.9, §3)

Information :

La personne de confiance est désignée par le patient et a le droit, même en l'absence du patient, de s'informer sur son état de santé.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

désigne la personne mentionnée ci-dessous comme étant ma personne de confiance, qui peut, également en mon absence, exercer les droits suivants :

☐ **Le droit de s'informer de mon état de santé et de son évolution probable.**

Période de temps :

(par exemple jusqu'à la date xx, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du médecin concerné (p.ex. le médecin généraliste, l'oncologue, le cardiologue, ...) :

.....

.....

Identité du patient :

Nom et prénom :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

.....

Signature du patient :

☐ **Le droit de consulter mon dossier patient.**

Période de temps :

(par exemple jusqu'à la date xx, pour une durée indéterminée,...)

Nom du médecin concerné (p.ex. le médecin généraliste, l'oncologue, le cardiologue) :

.....

.....

☐ **Le droit de demander une copie de mon dossier patient.** Période de temps :

(par exemple jusqu'à la date xx, pour une durée indéterminée,...)

Nom du médecin concerné (p.ex. le médecin généraliste, l'oncologue, le cardiologue, ...) :

.....

.....

Identité de la personne de confiance :

Nom et prénom :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

.....

Fait à (lieu) ,
le (date)

3.1 DESIGNATION D'UN MANDATAIRE

DANS LE CADRE DE LA REPRESENTATION DU PATIENT

(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §1)

Information

- Un mandataire est une personne que le patient a préalablement désignée pour le remplacer au cas où et tant qu'il ne serait pas en mesure d'exercer lui-même ses droits de patient.
- La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment par un écrit daté et signé (voir page 8).
- Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits conférés par la loi sont exercés par le tuteur de la personne*, si et tant que la personne protégée n'est pas en mesure d'exercer elle-même ses droits. Si aucun tuteur n'est habilité à représenter le patient, les droits de la personne protégée sont exercés par le conjoint, le cohabitant légal ou le cohabitant de fait.

*Personne désignée par la justice de paix conformément à l'article 492/1, § 1er, alinéa 4, du Code civil.

Si cette personne ne peut pas intervenir, ne veut pas intervenir ou si elle n'existe pas, les droits définis par la loi sont exercés par une personne du cercle familial proche, dans l'ordre suivant :

1. un enfant majeur
2. un parent
3. un frère/sœur majeur(e) du patient.

Si cette (ces) personne(s) ne souhaite(nt) pas intervenir ou si elle(s) n'existe(nt) pas, le professionnel concerné défendra le cas échéant les intérêts du patient dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. Il en va de même en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes susmentionnées.

- La situation juridique concernant la représentation du patient varie d'un pays à l'autre. Le patient est soumis à la législation du pays dans lequel il est soigné ou traité.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

désigne la personne mentionnée ci-dessous pour me représenter aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

Identité du patient :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

Fait à (lieu) ,
le (date)

Signature du patient :

Identité du mandataire :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

J'accepte ma désignation de représentant comme prévu ci-dessus et je veillerai à représenter le patient dans les cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits et d'agir dans son intérêt et dans le respect de sa déclaration de volonté.

Fait à (lieu) ,
le (date)

Signature du mandataire :

3.2 REVOCATION DU MANDATAIRE DESIGNÉ

(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §1)

Information :

La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment par un document daté et signé. Dans ce cas, il est recommandé d'en informer les personnes qui ont reçu un formulaire de désignation.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Révoque par la présente la désignation du/...../.....
de la personne mentionnée ci-dessous comme
mandataire

Identité du mandataire révoqué :

Nom et prénom :

.....
.....

Adresse :

.....
.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance :

.....

Fait à (lieu)

le (date)

Signature du patient :

4. DECLARATION DE PRINCIPE

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

exprime par la présente, délibérément et en pleine conscience, ma volonté.

Ma volonté s'applique dans les situations suivantes
(cocher et compléter selon vos choix) :

Uniquement dans le cas où, de manière irrévocable, je ne pourrais plus formuler ou exprimer ma volonté et que

☐ je vais **mourir** dans un délai prévisible (phase terminale) ;

☐ je suis dans une situation médicalement désespérée en raison d'un **processus de dégénérescence cérébrale** très avancé comme par exemple un état de **démence** très avancé ;

☐ je me trouve dans un **coma irréversible** ;

☐ autre :
.....
.....
.....

Si le médecin traitant a pu déterminer au mieux de ses connaissances médicales et de sa conscience, qu'une ou plusieurs de ces situations s'appliquent, ma volonté est la suivante (cocher svp) :

☐ Je souhaite qu'une **mort naturelle ne soit pas empêchée** par des mesures visant à la prolongation de ma vie, dans le cas où toute **mesure de prolongation de vie** serait sans espoir d'amélioration et ne ferait que prolonger artificiellement ma vie (acharnement thérapeutique). Je souhaite dans le cas d'un don d'organes, que les traitements qui sont nécessaires à ce don soient poursuivis (p. 15).

☐ Je souhaite des **soins palliatifs**.

En quoi consistent les soins palliatifs ?

Dans ces cas, l'accompagnement et le traitement médical ainsi que les soins attentionnés doivent viser à soulager les symptômes tels que la douleur, l'agitation, l'anxiété, l'essoufflement ou la nausée, même si, par la thérapie antidouleur nécessaire, une réduction de la durée de vie ne peut pas être exclue.

Je souhaite pouvoir mourir (cocher et compléter selon vos choix) :

☐ si possible, entouré de mes proches ;

☐ si possible, dans mon environnement habituel ;

☐
.....
.....
.....

Suite et signature en page 10

4. DECLARATION DE PRINCIPE (SUITE)

Information :

Il est recommandé de réaffirmer les directives anticipées tous les 2 ou 3 ans en les signant et en indiquant la date. Ainsi, les soignants ont une plus grande certitude que la volonté exprimée dans les directives anticipées correspond à la volonté actuelle.

Je souhaite définir pour moi les **limites concrètes des soins médicaux** suivantes **après en avoir discuté avec mon médecin traitant** :

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.[illegible]

Fait à (lieu)
le (date)

Signature du patient :

Le cas échéant nom et signature du médecin :

Cachet :

Signature renouvelée :

Signature renouvelée :

Signature renouvelée :

5. DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (REFUS DE SOINS)

À COMPLÉTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT
OU AVEC L'INFIRMIER DE RÉFÉRENCE

Information :

Par une déclaration de volonté négative, le patient déclare à l'avance qu'il refusera différents traitements au cas où il ne pourrait plus exprimer sa volonté.

Une déclaration anticipée de volonté des soins négative peut être complétée dans le cas **d'un diagnostic d'une maladie mortelle**. Il est recommandé de ne la compléter qu'avec le médecin traitant ou l'infirmier de référence qui pourront donner les explications nécessaires et pourront informer quant aux traitements alternatifs possibles et aux conséquences des décisions prises. La déclaration anticipée de volonté de soins négative a une validité illimitée mais peut être révoquée ou modifiée à tout moment.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

exprime par la présente ma volonté, librement et en toute conscience.

Ma volonté s'applique dans les situations suivantes : uniquement dans le cas où, de manière irrévocable, je ne pourrais plus formuler ou exprimer ma volonté et que (cocher et compléter selon vos choix) :

- ☐ Je vais **mourir** dans un délai prévisible (phase terminale) ;
- ☐ Je suis dans une situation médicalement désespérée en raison d'un **processus de dégénérescence cérébrale** très avancé comme par exemple un état de **démence** très avancé ;
- ☐ Je me trouve dans un **coma irréversible**.
- ☐ Autre situation :
.....
.....
.....

Si le médecin traitant a pu déterminer au mieux de ses connaissances médicales et de sa conscience, que la situation actuelle **se trouve dans le cadre de la progression naturelle de l'histoire de ma maladie**, ma volonté est la suivante :

Je ne souhaite plus :

- ☐ être transféré à l'hôpital ;
- ☐ être transféré aux soins intensifs.

Je refuse les traitements suivants :

- ☐ Chimiothérapie
- ☐ Radiothérapie
- ☐ Opérations chirurgicales
- ☐ Dialyse
- ☐ Antibiotiques
- ☐ Transfusion sanguine
- ☐ Réanimation
- ☐ Respiration artificielle
- ☐ Alimentation artificielle, si je ne peux ou ne veux plus manger.

5. DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (SUITE)

À COMPLÉTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT
OU AVEC L'INFIRMIER DE RÉFÉRENCE

Information :

Il est recommandé de rester en contact avec le médecin traitant et d'adapter la déclaration si nécessaire.

- ☐ Je voudrais définir les limites concrètes du traitement qui me concerne après en avoir discuté en détail avec mon médecin traitant :

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

En outre, j'ai désigné un **mandataire** qui décidera dans mon intérêt, aussi longtemps que je ne serais pas en mesure d'exercer moi-même mes droits de patient (voir document : Désignation d'un mandataire).

Nom et prénom du **mandataire** :

.....
.....

Informations pour le cas où je ne serai plus en mesure de rédiger et signer moi-même ma déclaration de volonté. Je suis dans l'incapacité de rédiger moi-même ma déclaration de volonté pour la raison suivante :

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

Pour preuve, un certificat médical est joint.

J'ai désigné la personne suivante pour rédiger et signer cette déclaration de volonté :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

Numéro national (NISS) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté éventuel :

Fait à (lieu) ,
le (date)

Signature du patient :

Éventuellement signature du mandataire :

Éventuellement signature du rédacteur désigné de la déclaration de volonté :

Éventuellement signature et cachet du médecin traitant ou de l'infirmier de référence :

.....

.....

6. DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE

A COMPLETER AVEC LE MEDECIN TRAITANT OU
AVEC L'INFIRMIER DE REFERENCE

Loi du 28.Mai 2002 sur l'euthanasie



Attention :

La déclaration anticipée de volonté relative à l'euthanasie **ne doit pas être confondue** avec la demande d'euthanasie d'un patient **conscient** atteint d'une maladie grave et incurable.

La déclaration anticipée relative à l'euthanasie n'est valable que dans le cas où la personne concernée :

- est atteinte d'une souffrance grave et incurable due à un accident ou une maladie,
- **n'est plus consciente**,
- et que cette situation est irréversible selon les connaissances actuelles de la science.

La déclaration peut être enregistrée dans le registre de la population. Elle peut être révoquée à tout moment.

RUBRIQUE I: DONNÉES OBLIGATOIRES

A. Objet de la déclaration anticipée

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

- ☐ demande que, dans le cas où je ne suis plus en état d'exprimer ma volonté, un médecin effectue l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.
- ☐ révoque la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date)
- ☐ retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date)

B. Données personnelles du requérant

Mes données sont les suivantes :

Adresse :
.....
.....
.....

Numéro national (NISS) :

Date et lieu de naissance :

C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

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

D. Les témoins

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

Témoin 1

Nom et prénom :

Adresse :
.....

Numéro national (NISS) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté éventuel :

Témoin 2

Nom et prénom :

Adresse :
.....

Numéro national (NISS) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté éventuel :

Au moins un des deux témoins n'a aucun avantage matériel lié à mon décès.

6. DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE (SUITE)

À COMPLÉTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT OU
AVEC L'INFIRMIER DE RÉFÉRENCE

RUBRIQUE II : DONNÉES FACULTATIVES

A. Personne de confiance éventuellement désignée

Comme personne de confiance, dont je souhaite qu'elle soit immédiatement informée si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait entrer en application, et qu'elle soit impliqué pendant la procédure, je désigne :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro national (NISS) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

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

Je suis dans l'incapacité de **rédiger** moi-même ma déclaration de volonté pour la raison suivante :

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

Pour preuve, un certificat médical est joint.

J'ai désigné la personne suivante pour rédiger et signer cette déclaration de volonté :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro national (NISS) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté éventuel :

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

SIGNATURES

Fait à (lieu)
le (date)

Signature du requérant :

Signature témoin 1 :

Signature témoin 2 :

Éventuellement date et signature de la personne de
confiance :

Éventuellement date et signature de la personne
désignée en cas d'incapacité physique du requérant :
.....

Éventuellement date, signature et cachet du médecin
traitant :

NE REMPLIR QUE S'IL EXISTE UNE VOLONTÉ
DE LE FAIRE

Tous les Belges sont en principe candidats au don d'organes. Cependant, chacun a le droit de refuser le prélèvement ou de confirmer sa volonté de faire don de ses organes. En règle générale, il est recommandé d'enregistrer sa volonté en matière de don d'organes ou d'en discuter avec son entourage. Pour plus d'informations, consultez le site : <https://www.health.belgium.be/fr/don-d'organes-nouvelles-modalites-depuis-le-1-juillet-2020>.

-
-
-

- ☐ Je refuse le don d'organes et j'ai procédé à un enregistrement de cette décision au registre de la population.

-

[illegible]

15



DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ DE SOINS

Texte en allemand version 2023

Traduction de l'allemand en français et adaptation en décembre 2023.

Texte développé sous la direction de l'Association des soins palliatifs (Palliativpflegeverband Ostbelgien), avec la participation d'un groupe de travail multidisciplinaire composé de représentants du PRT (Patienten Rat & Treff) et des différents prestataires de soins de la Communauté Germanophone.

Veuillez découper cette carte et la
conserver avec vos papiers d'identité

CARTE EN CAS D'URGENCE

Titulaire (Nom, prénom) :

J'ai désigné les personnes suivantes :

Médecin généraliste :

Personne de confiance :

Mandataire :

J'ai déposé une déclaration anticipée de volonté de soins
auprès de :

