**Directives anticipées**

7

**Modification ou annulation**

**de mes directives anticipées**

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :...........................................................................................................................................

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles etdemander à votre médecin, à l’hôpital ou à l’établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

Ou :**Déclare annuler mes directives anticipées datées du**.........................................................

Fait le ............................................. à ......................................................................

**Signature**

Si vous êtes dans l’impossibilité d’écrire seul(e) ce document, quelqu’un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au 5

11