

**DISPOSITIONS DE FIN DE VIE POUR UNE PERSONNE MAJEURE  
CAPABLE QUI EST DANS L'IMPOSSIBILITE PHYSIQUE PERMANENTE  
DE REDIGER ET SIGNER CES DISPOSITIONS**

conformément à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

Les dispositions de fin de vie sont une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Toute personne majeure, capable, qui est dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer des dispositions de fin de vie, peut faire acter par écrit des dispositions de fin de vie pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté.

Les dispositions de fin de vie doivent être envoyées à l'adresse indiquée ci-après.

Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation  
de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et  
l'assistance au suicide

Ministère de la Santé

L – 2935 LUXEMBOURG

Les dispositions de fin de vie doivent être enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation. Les dispositions peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

**Rubrique I. Données obligatoires**

Les données personnelles du déclarant sont les suivantes :

- nom, prénom
- adresse
- matricule
- date et lieu de naissance
- téléphone :

Facultatif :

- GSM :
- adresse e-mail :

Les raisons pour lesquelles le déclarant est dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer sont les suivantes :

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

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné la personne majeure (nom, prénom) .....pour consigner par écrit cette déclaration. Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

- adresse
- matricule
- numéro de téléphone
- date et lieu de naissance
- lien de parenté éventuel

Je personne déclarante demande à voir acter par écrit ce qui suit :

*« Pour le cas où je ne peux plus manifester ma volonté, je fais acter par écrit dans ces dispositions de fin de vie que je désire subir une euthanasie, si mon médecin constate :*

*que je suis atteint(e) d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,  
que je suis inconscient(e) et  
que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.*

*Remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie :*

*Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Je souhaite que ces dispositions de fin de vie soient respectées. »*

Date et signature de la personne désignée pour consigner cette déclaration en cas d'impossibilité physique permanente du déclarant de rédiger et de signer ses dispositions de fin de vie:

Date

Signature de la personne désignée

+ Signature du déclarant s'il est capable de signer

## **Les témoins**

Les témoins majeurs en présence desquels cette déclaration est rédigée, sont :

### **Témoin ❶**

nom et prénom

adresse

matricule

numéro de téléphone

date et lieu de naissance

lien de parenté éventuel.

### **Témoin ❷**

nom et prénom

adresse

matricule

numéro de téléphone

date et lieu de naissance

lien de parenté éventuel.

Signature du témoin ❶

Signature du témoin ❷

## **Rubrique II. Données facultatives**

A. La personne de confiance majeure éventuellement désignée, qui met le médecin au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à son égard

nom et prénom

adresse

matricule

numéro de téléphone

date et lieu de naissance

lien de parenté éventuel.

B. Dispositions (facultatives) quant au mode de sépulture et à la cérémonie des funérailles

---

---

---

---

---