

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom : Nom de jeune fille :
Prénoms :
Né(e) le : / / Lieu :
Demeurant à :
Téléphone fixe : Téléphone mobile :
Email :

déclare

- ☐ Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une
- ☐ Avoir reçu l'information sur la personne de confiance

et désigne

Nom : Nom de jeune fille :
Prénoms :
Né(e) le : / / Lieu :
Lien avec le patient :
Demeurant à :
Téléphone fixe : Téléphone mobile :
Email :

Je l'ai informé(e) de cette désignation comme personne de confiance. Cette désignation est valable sauf si je la révoque, comme la loi m'y autorise à tout moment.

J'ai bien noté que M ou Mme :

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant des soins et de recevoir l'information nécessaire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le(la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- Qu'à ma demande, il(elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider à prendre des décisions ;

Fait à , le / /

Signature du patient(e)

Signature de la personne de confiance