

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : __/__/____

reconnais avoir pris connaissance de la plaquette d'information ci-jointe, et être informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance.

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone portable : _____
Domicile : _____
Bureau : _____

Cette personne de confiance est :

Un parent (lien de parenté : _____)

Un proche

Mon médecin traitant

Cette désignation est en principe valable pour la durée de mon hospitalisation/séjour ou pour une durée indéterminée. Je suis informé(e) que je peux révoquer ma personne de confiance à tout moment.

Je décide de désigner ma personne de confiance :

Pour la durée de mon hospitalisation et/ou de mon séjour.

Pour une durée indéterminée et jusqu'à décision contraire de ma part.

Fait à

Signature du patient

Le / /

Co-signature de la personne de confiance :

Fait le : __/__/____ à : _____
Signature :
<i>NB : en signant ce document, vous acceptez votre rôle de personne de confiance</i>