

Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e), _____
Nom marital : _____ Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____
Téléphone : _____

Admis pour :

Hospitalisation Urgences : Hospitalisation conventionnel :
Ambulatoire :
Soins externes: Maternité :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je soussigné(e), _____
Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Nom : _____ Lieu de naissance : _____
Nom de Jeune fille : _____ Date : _____

Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____ Portable : _____

Cette personne, légalement capable est :

Un proche: Un parent: Mon médecin traitant:

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches, et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions

oui: non:

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Fait à : _____ Signature du patient : _____
Le : _____

Réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance
Fait à : _____ Signature : _____

Le : _____