

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



Je soussigné(e)

Nom marital : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ / _____

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 **souhaite désigner :**

Nom marital : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ / _____

Qui deviendra personne de confiance

J'ai bien noté :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.

- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement au moyen d'un formulaire, qui me sera fourni.

- Qu'il me revient de l'informer et de s'assurer de son accord au moyen du présent formulaire.

Fait à : _____ le : _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE



Je soussigné(e)

Nom marital : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ / _____

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 **souhaite désigner :**

Nom marital : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ / _____

Qui deviendra personne de confiance

J'ai bien noté :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.

- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement au moyen d'un formulaire, qui me sera fourni.

- Qu'il me revient de l'informer et de s'assurer de son accord au moyen du présent formulaire.

Fait à : _____ le : _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance