

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EN APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES

Article L.1111-6 du Code de la santé Publique



Je soussigné(e).....

Né(e) le / / à

Pris(e) en charge dans l'établissement

Déclare :

- vouloir procéder à la désignation d'une personne de confiance
- ne pas vouloir procéder à la désignation d'une personne de confiance
- reconduire la désignation de ma personne de confiance, antérieurement désignée auprès de mon médecin traitant, Dr

Nom et Prénom de la personne de confiance :

Adresse de la personne de confiance :

Numéro de téléphone de la personne de confiance :

J'accepte que le témoignage de la personne de confiance soit recueilli dans le cas où je ne pourrais pas exprimer ma volonté : oui non

J'accepte l'assistance de la personne de confiance lors des entretiens et examens médicaux :

- oui non
- jusqu'à la fin de mon hospitalisation au delà de mon hospitalisation

Je reconnais avoir été informé du rôle de la personne de confiance et de la faculté de pouvoir révoquer cette personne à tout moment comme de refuser son assistance et sa présence dans certains cas.

Date : / /

Signature du patient

Signature de la personne de confiance,
précédée de la mention "Je reconnais avoir compris mon rôle et j'accepte la désignation"

Révoquée le / /

ou Révisée le / /

Signature du patient :