



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 l'hospitalisation, sauf volonté contraire du patient qui peut la révoquer à tout moment ou la prolonger pour plusieurs hospitalisations.

Je décide de désigner cette personne de confiance :

Pour la durée de mon hospitalisation

Jusqu'à décision contraire de ma part (plusieurs hospitalisations).

Fait à

Le/...../.....

Signature du patient

ou attestation par un soignant si impossibilité

Confirmation de la personne de confiance :

Confirmée le : ___ / ___ / _____ Signature :	Confirmée le : ___ / ___ / _____ Signature :	Confirmée le : ___ / ___ / _____ Signature :	Confirmée le : ___ / ___ / _____ Signature :
--	--	--	--