

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e) Civilité : Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Résidant : :

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé (e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. 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 en informer par écrit l'ADH en remplissant la fiche de désignation.

Souhaite désigner une personne de confiance

Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom :

Age :

Adresse :

Téléphone (s).....

Fax/ Email.....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux 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 ma prise en charge et que je peux révoquer cette désignation à tout moment. Dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'ADH en remplissant la fiche de désignation.

Fait à, le Signature

Cadre 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.....

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé et notamment de son article L 1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.