

désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu 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

■ **Identité de la personne de confiance**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu 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

Je certifie avoir informé cette personne de sa désignation en qualité de personne de confiance

Cette désignation est en principe valable pour la durée de l'hospitalisation, sauf volonté contraire du patient qui peut la révoquer à tout moment.

Fait à : Le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

■ **Changement de désignation**

Je souhaite révoquer la personne de confiance précédemment désignée

Je souhaite désigner une autre personne de confiance (cf. formulaire joint)

Fait à : Le :

Signature du patient :