

FICHE DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : *En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades 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.*

Je soussigné(e) :

Nom marital ou d'usage :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Admis(e) au sein de l'établissement en vue :

d'un acte en ambulatoire d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale

A compter du..... pour une durée approximative
de.....

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qu'il m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de son séjour. Toutefois, 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'établissement en remplissant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux entretiens médicaux.

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à Paris le

Signature du Patient :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en tant que personne de confiance

Fait à Paris le

Signature de la personne de confiance :