

IDENTITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

NOM..... Nom de naissance.....

Prénom..... Sexe F M

Né (e).....Lieu de naissance.....

Situation familiale

Adresse

Tél.E-mail.....

Personne à prévenir (La personne à prévenir est la personne qui s'occupera de vous administrativement (fournir des renseignements, rapporter vos effets personnels, s'occuper de contacter votre famille...) :

NOM / PrénomLien de parenté

Tél. Ou

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (un parent, un proche ou le médecin traitant) qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révisable et révoquée à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Identité de la personne de confiance désignée :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Email :

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature du patient

signature de la personne de confiance