

	Fiche de désignation de la personne de confiance	Code	ENR-DDP-001 v.3
		Page	1 / 3
		Date de création :	15/05/2009
		Date de modification :	15/05/2009

Je soussigné(e),

NOM marital : Nom de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....et LIEU DE NAISSANCE :

Souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM marital : Nom de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE PRIVE :PROFESSIONNEL :PORTABLE :

FAX :@-MAIL :

Lien avec le patient :

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

OUI NON

Je lui ai fait part oralement de mes directives anticipées ou de mes volontés :

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

OUI NON

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.

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

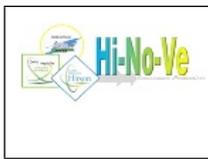
Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas en désigner sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à : Le : Signature :

Souhaite révoquer la personne de confiance désignée.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur ce formulaire, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à : Le : Signature :



Fiche de désignation de la personne de confiance

Code	ENR-DDP-001 v.3
Page	3 / 3
Date de création :	15/05/2009
Date de modification :	15/05/2009