

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance :

.....
.....
.....
.....

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

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

Nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

.....

Adresse :

.....

Téléphone privé : Professionnel : Portable :

E-mail :

→ Je lui fais 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

Fait à :

Le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance