

MODIFICATION DE LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Ce formulaire annule et remplace le précédent formulaire daté du

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e) :

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom(s) : Né(e) le :

Domicilié(e) :

Souhaite révoquer la personne de confiance désignée sans en désigner une nouvelle (1)

Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom(s) : Né(e) le :

Domicilié(e) :

Téléphone : / / / /

Lien :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Fait à Le : / /

Signature du patient
(obligatoire)

Signature de la personne de confiance
(facultatif)

(1) signature obligatoire en bas de page