

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 du 4 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 DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : SEXE : M F

Je 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 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.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

LIEN AVEC LE PATIENT : SEXE : M F

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE : TÉLÉPHONE PORTABLE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :
Cocher le N° de téléphone où l'établissement peut vous joindre préférentiellement

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 : OUI NON

J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je souhaite que la durée de validité de cette désignation soit prolongée durant toute la durée de mon traitement au Centre Léonard de Vinci : OUI NON

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit le Centre Léonard de Vinci.

Cadre réservé au patient

Fait à

Le

Signature :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à Signature :

Le

PERSONNE À PRÉVENIR : La personne à prévenir est la même personne que la personne de confiance, sinon précisez ci-dessous :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

LIEN AVEC LE PATIENT : SEXE : M F

TÉLÉPHONE DOMICILE : TÉLÉPHONE PORTABLE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :
Cocher le N° de téléphone où l'établissement peut vous joindre préférentiellement