

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE

Conformément à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique, vous pouvez désigner la personne de confiance de votre choix, qui sera consultée dans le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information nécessaire. La personne de confiance peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches, assister aux entretiens médicaux vous concernant et vous aider dans vos décisions. Sa désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation. Vous pouvez révoquer et remplacer la personne de confiance désignée à tout moment.

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

.....

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : Portable : Professionnel :

E-mail :

> 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

Fait à : le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

