



Désignation de la personne de confiance

Article L.1111-6 du Code de santé publique

VOUS LUI FAITES CONFIANCE, DITES LE NOUS !

Formulaire à compléter et à rapporter le jour de votre hospitalisation.

Je soussigné(e)

Nom Nom de naissance

Prénom(s) Date et lieu de naissance

Adresse

Désigne en qualité de personne de confiance

Nom Nom de naissance.....

Prénom(s)

Téléphone privé Téléphone professionnel

Téléphone portable Mail

Adresse :

J'ai été informé(e) sur les missions de cette personne de confiance et sur les modalités de sa désignation et de sa révocation éventuelle.

J'ai prévenu ma personne de confiance de sa désignation et de ses missions éventuelles dans ce cadre, que cette dernière accepte.

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

Cette désignation est valable jusqu'à révocation. Une confirmation orale me sera demandée à chaque nouvelle hospitalisation.

Fait à le

Signature

Signature de la personne de confiance

