



Désignation de la personne de confiance Article L.1111-6 du Code de santé publique

Vous lui faites confiance, dites-le nous !

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 domicile : Téléphone professionnel :
Téléphone portable : E-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 du patient

Signature de la personne de confiance

Ce formulaire sera intégré dans votre dossier médical.

Il peut être utile que vous en conserviez une copie pour vous-même et pour votre personne de confiance.