



# 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 .....

Code postal ..... Ville .....

### Désigne en qualité de personne de confiance

Nom ..... Nom de naissance .....

Prénom(s) .....

Téléphone privé ..... Téléphone professionnel.....

Téléphone portable ..... Mail .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

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 .....  
Signature

le .....  
Signature de la personne de confiance