

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 du 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 marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE:

.....

TELEPHONE(S) : E-MAIL :

Admis(e) au sein de l'établissement d'hébergement à compter du pour un séjour permanent/temporaire, pour un accueil de jour (rayez la mention inutile).

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 de 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**, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2).

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE:

.....

TELEPHONE(S): E-MAIL:

▪ Cette personne de confiance, légalement capable, est : un parent un proche mon médecin traitant

▪ 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 séjour.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas,
Je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant la fiche de désignation modèle 2.**

Fait à :

Signature du résident

Le :

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 de la personne de confiance

Le :