

Désignation de la personne de confiance

Document à apporter le jour de votre entrée en clinique

Cadre réservé au patient : Je soussigné(e), Monsieur Madame

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / A :

DESIGNATION (Cadre réservé au patient) :

En application de la loi N° 2002-303 du 4 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 désigne une personne de confiance légalement capable Oui Non

ATTENTION : uniquement pour la durée de mon hospitalisation (une seule personne peut être désignée)

Je souhaite que cette désignation reste valable pour les hospitalisations suivantes réalisées à la clinique (révocation possible à tout moment) Oui Non

Directives anticipées :

J'ai fait part à ma personne de confiance de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour, je ne suis plus en état de les exprimer Oui Non

Et/ou

Je souhaite communiquer directement à la clinique mes directives anticipées ou mes volontés si un jour, je ne suis plus en état de les exprimer et remets le document au personnel Oui Non

Merci de remplir les informations ci-dessous concernant cette personne de confiance :

Monsieur

Madame

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / à :

Adresse :

Téléphone(s) :

E-mail :

Lien avec cette personne de confiance : (Ami, famille, médecin traitant...)

J'ai été informé du fait que je peux révoquer cette décision à tout moment

Fait à : Le : **Signature du Patient :**

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 :

J'autorise la clinique, en cas de nécessité à pratiquer les sérologies VIH, VHB, VHC Oui Non

REVOCATION DE MA PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite **révoquer** la personne de confiance désignée à la clinique soit (*identité de la personne de confiance révoquée*) :

Monsieur

Madame

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... à :

Je souhaite **désigner une nouvelle personne** de confiance : **Oui** **Non**

Attention : Si oui, ouverture d'une nouvelle feuille de désignation

Fait à :Le

Signature du Patient :