

Fiche Patient

Vos droits :

Désigner une personne de confiance pour vous accompagner dans vos démarches lors de votre hospitalisation.



HÔPITAL FONDATION
Adolphe de ROTHSCHILD
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

Document à remplir

PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... à :

Souhaite :

Ne pas désigner une personne de confiance

Désigner la personne de confiance suivante :

M. Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... à :

Tél. professionnel :

Tél. personnel :

Email :

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 personne est :

un proche un parent mon médecin traitant

Sauf avis contraire de ma part, cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation seulement.

J'ai été informé(e) que je pouvais révoquer ou modifier ma personne de confiance à tout moment. Je m'engage, dans ce cas, à en informer l'établissement par écrit.

Fait à :

Le : Signature :

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance et l'accepter.

Fait à :

Le : Signature :



Retrouvez notre brochure **Personne de confiance** sur notre site internet
www.for.paris > Votre séjour > Droits du patient > La personne de confiance



Document à remplir

LA PERSONNE DE CONFIANCE (CAS PARTICULIERS)

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 :

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée

de M.....

- que M m' a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non
- que M m'a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à : Le : Signature :

Témoin 2 :

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom :

Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée

de M.....

- que M m' a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non
- que M m'a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à : Le : Signature :