

Fiche Patient

Vos droits :

Désigner
une personne
de confiance
pour vous
accompagner
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 :