

Emplacement
étiquette identification du patient

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

- Désignation **initiale**
 Refus de désignation d'une personne de confiance
 Mise à jour coordonnées
 Nouvelle désignation suite à la révocation de la personne de confiance précédemment désignée :
Nom / Prénom :
 Je m'engage à prévenir cette personne de confiance de sa révocation

Je soussigné(e) :

Nom / Nom de jeune fille : Prénom(s) :
 Date et lieu de naissance :
 Adresse postale :
 Téléphones(s) fixe/portable : E-mail :

Déclare :

- ou Ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle
 Faire l'objet d'une mesure de tutelle et je joins à ce formulaire l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille
 Avoir reçu l'information sur la **désignation d'une personne de confiance** et, en application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, et :
 ou **ne souhaite pas désigner** une personne de confiance
 désigne la personne de confiance suivante : ↴

Nom : Prénom(s) :

Adresse postale :

Téléphones(s) fixe/portable : E-mail :

Lien avec la personne de confiance désignée : Parents Proche Médecin traitant

- l'avoir informé que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier administratif.
 souhaiter que **cette personne de confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste à mes entretiens médicaux**, ceci afin de mieux m'aider dans mes décisions.
 conserver cette désignation jusqu'à sa révocation que je peux décider à tout moment et ce dont j'informe l'établissement (*remplir une nouvelle fiche de désignation d'une nouvelle personne de confiance*).

Date :, Signature du **Patient** :

Date :, Signature de la **Personne de confiance** :

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

Nom de la personne à prévenir : Lien
 Prénom (s) : Adresse :
 Ville : Code Postal :
 N° de téléphone : Fax / e-mail

J'ai noté que je peux révoquer cette désignation à tout moment, et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement (*remplir une nouvelle fiche si désignation d'une nouvelle personne à prévenir*) Fait le..... **Signature du patient** :