

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Conformément à l'article L 1111-6 du Code de la Santé Publique, vous pouvez désigner une personne de confiance pendant toute la durée de prise en charge au sein du réseau. Cette personne est un majeur à qui vous faites confiance qui peut être un parent, un proche (par exemple : un ami, un voisin) ou votre médecin traitant. Cette personne pourra être consultée si vous n'étiez plus en état de recevoir les informations vous concernant et d'exprimer votre volonté. Si vous le souhaitez, la personne désignée pourra, en fonction de ses disponibilités, vous accompagner dans vos démarches et assistera aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos choix. La personne de confiance ne peut consulter votre dossier médical sans votre présence ou sans un mandat express signé par vos soins. Vous pouvez révoquer la désignation par écrit à tout moment.

Je soussigné(e) :

Madame Mademoiselle Monsieur

NOM de jeune fille :

NOM: Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ fixe :
@ :

☎ portable :

Après avoir été informé(e) de la possibilité et de l'intérêt de désigner une personne de confiance:

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance. Vous êtes informé(e) que vous pourrez désigner une personne de confiance à tout moment. Cette désignation doit être faite par écrit et adressée au réseau dans les meilleurs délais.

Souhaite désigner comme personne de confiance :

Madame Mademoiselle Monsieur

NOM de jeune fille :

NOM: Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ fixe :
@ :

☎ portable :

Fait à _____, le _____.

Signature :

Cadre réservé à la personne de confiance

La personne de confiance désignée certifie avoir été informée de cette désignation.

Fait à _____, le _____.

Signature :

Fait en trois exemplaires à l'attention de chacune des parties concernées.