

A RAMENER LORS DE VOTRE HOSPITALISATION

| | |
|--|---|
| Clinique chirurgicale du Libournais 119 rue de la Marne 33500 LIBOURNE Tél : 0826 30 55 00 – Fax 05 57 74 14 40 | IMPORTANT : 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. |
|--|---|

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

- Je soussigné(e),

NOM Marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX/E-MAIL :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

- Hospitalisation
 Actes ambulatoires
 Soins Externes

à compter du pour la durée du traitement

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

- Je souhaite désigner comme **personne de confiance** :

Monsieur
 Madame
 Mademoiselle

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX/E-MAIL :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
 - Un proche
 - Un parent
 - Mon médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :
 - OUI
 - NON

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation de la personne de confiance (ci-joint).

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 :

Le