

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Ce formulaire doit être remis à l'Hôpital Pierre-Rouquès - Les Bluets lors de votre premier rendez-vous.

Je soussigné (e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....
.....
Domicilié (e) à :
Téléphone fixe / portable :
Email :

.. avoir reçu l'information sur la désignation d'une personne de confiance, et en application l'article L.1111-6 du code de la santé publique, souhaite :

Ne pas en désigner

Désigner :

Nom et prénom(s)

Adresse postale :

Téléphone fixe/portable

Email :

Lien avec la personne de confiance désignée :

Parents Proche Médecin traitant Autres :

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 dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement. (remplir une nouvelle fiche de désignation d'une nouvelle personne de confiance).

.. Pour :

Désignation initiale

Mise à jour des coordonnées

Nouvelle désignation suite à la révocation de la personne de confiance précédemment désignée :

Nom / Prénom :

D'autre part, je m'engage à avoir prévenu cette personne de confiance de sa révocation

Date et signature du déclarant

Date et Signature de la personne de confiance

Formulaire personne à prévenir

La personne à prévenir a un rôle différent, elle est surtout la personne qui sera informée de votre présence à l'hôpital ainsi que tout changement au cours de votre séjour.

.. avoir été informée de la différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir et décide de :

Ne pas en désigner

Désigner :

Nom et prénom(s)

Adresse postale :

Téléphone fixe/portable

Email :

Lien avec la personne à prévenir :

Parents Proche Médecin traitant Autres :

Directives anticipées

Je soussigné (e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

.....

Domicilié (e) à :

Téléphone fixe / portable :

Email :

.. déclare avoir reçu l'information sur la possibilité de rédiger les directives anticipées et :

- Ne souhaite pas en rédiger
- A rédiger une et m'engage à transmettre une version à l'Hôpital Pierre-Rouquès - Les Bluets.