

FORMULAIRE « PERSONNE DE CONFIANCE »

- Désignation de la personne de confiance ☐
- Impossibilité de désigner une PC ☐
- Changement de la personne de confiance ☐
- Révocation de la personne de confiance ☐

Je soussigné(e) :

Nom (marital) Nom de naissance :

Prénoms (s) : Sexe :

Date de naissance :

Admis(e) au sein du Centre MEDICAL ANNIE ENIA à compter du :/...../.....

☐ **Je ne souhaite pas désigner une 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 hospitalisation. Toutefois, je ne souhaite pas en désigner, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer l'établissement.

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance**

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom (marital) : Nom de naissance :

Prénom(s) : Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : E-mail :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

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 l'établissement.

Dans le cas où cette désignation n'est pas cosignée, je m'engage à informer cette personne et à obtenir son accord.

Fait à CAMBO LES BAINS le/...../.....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

☐ **Je souhaite révoquer M.**

Précédemment désigné(e) comme ma personne de confiance.

Fait à CAMBO LES BAINS le/...../.....

Signature du patient :