

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Vous allez être admis(e) à la clinique et y séjourner. Vous avez la possibilité de désigner « une personne de confiance ». Il s'agit d'une personne majeure, proche de vous, à qui vous faites confiance (membre de votre famille, ami, voisin, votre médecin traitant).

Cette personne pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir, assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions concernant les meilleurs choix thérapeutiques.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir des informations médicales, ni consentir à des soins. Elle sera alors un interlocuteur privilégié et la seule personne consultée par l'équipe médicale afin d'adapter au mieux les traitements en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M
Né(e) le
Demeurant

Désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation

Mme, Mlle, M.
Né(e) le
Demeurant
Téléphone domicile
Téléphone travail
Téléphone mobile

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Fait à

Signature du patient :

Le

Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à

Signature :

Le