

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, prévoit en son article L. 1111-6, **la désignation, par toute personne majeure d'une personne de confiance** (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée au cas où vous seriez dans l'impossibilité d'exprimer votre volonté. Si vous le souhaitez, cette personne peut vous accompagner lors des entretiens médicaux.

Cette personne de confiance est **révocable à tout moment** par vous-même en signant durant votre hospitalisation un document à cette fin.



Je soussigné (**le patient**) :

NOM : _____ Prénom : _____

Ne souhaite pas désigner de Personne de confiance.

Désigne et informe de cette désignation la **Personne de confiance** citée ci-après :

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Qualité (parent, ami, médecin traitant) : _____

A Epinal, le ___ / ___ / 20

Agent ayant reçu la déclaration,
Initiales :

<i>Mon nom étant sur l'étiquette</i> SIGNATURE	Si la personne ne peut pas signer : <i>Nom du 1er agent :</i> <i>Qualité :</i> <i>Nom du 2ème agent :</i> <i>Qualité :</i>	SIGNATURES :
--	---	---------------------

REVOCAION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (**le patient**) :

NOM : _____ Prénom : _____



Déclare **révoquer** la **Personne de confiance** désignée ci-après :

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Qualité (parent, ami, médecin traitant) : _____

Commentaires : _____

Préciser si il y a nouvelle désignation, si c'est le cas, faire remplir un nouveau formulaire.

A Epinal, le ___ / ___ / 20

Agent ayant reçu la déclaration,
Initiales :

<i>Mon nom étant sur l'étiquette</i> SIGNATURE	Si la personne ne peut pas signer : <i>Nom du 1er agent :</i> <i>Qualité :</i> <i>Nom du 2ème agent :</i> <i>Qualité :</i>	SIGNATURES :
--	---	---------------------