

Désignation de la personne de confiance (modèle 1)

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 du mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, **le résident peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même résident serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.**

Je soussigné(e),

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

Admis(e) au sein de l'E.H.P.A.D Résidence Albert du Bosquiel – rue Norbert Segard – 59910 BONDUES

Je souhaite désigner une personne de confiance (soit en l'absence de première désignation, soit en lieu et place de la personne désignée dans la précédente fiche) :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE(S) : E-MAIL :

▪ Cette personne de confiance, légalement capable, est : un parent un proche mon médecin traitant

▪ Je souhaite que cette personne de confiance **m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions** : OUI NON

Cette désignation vaut en cas d'hospitalisation.

**J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour
Et que 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 désignation modèle 2.**

Fait à :

Le :

Signature du résident

Cadre réserver à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à :

Le :

Signature de la personne de confiance

Changement de désignation (modèle 2)

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche sans en désigner une nouvelle.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche et en désigner une nouvelle.

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE(S) : E-MAIL :

▪ Cette personne de confiance, légalement capable, est : un parent un proche mon médecin traitant

▪ Je souhaite que cette personne de confiance **m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions** : OUI NON

Cette désignation vaut en cas d'hospitalisation.

Cette fiche annule et remplace la précédente fiche datée du

Fait à :

Le :

Signature du résident

Cadre réserver à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à :

Le :

Signature de la personne de confiance