

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades
article L.1111-6 du Code de la santé publique et de la Loi n°2016-87 du 7 février 2016
créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Je soussigné(e) (nom de naissance, prénom) _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____

Je désigne la personne de confiance (majeure) :

M^{me}, M (nom, prénom) _____

Adresse _____

Téléphone _____ / E-mail _____ @ _____

Je l'autorise à m'accompagner dans mes démarches et à assister aux entretiens médicaux.
Au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté, le médecin responsable pourra
demander l'avis de cette personne.

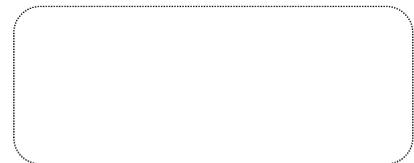
Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation et est révoquable à tout
moment.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du patient :



Signature de la personne désignée :



NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.