

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse

Admis(e) au sein de l'établissement le :/...../.....

Etiquette patient

ne souhaite pas désigner de personne de confiance

souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone : **@ :**

Lien avec la personne : un parent mon médecin traitant un proche

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

jusqu'à ce que j'en décide autrement

uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement **MAISON DE SANTE MAILHOL - 283 route de Maurémont – 31450 LABSTIDE BEAUVOIR**

J'ai bien noté que la personne désignée :

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins, assister aux entretiens médicaux, et m'aider dans mes décisions,
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

souhaite révoquer la personne de confiance en date du

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à Labastide Beauvoir, le

Signature Patient(e)

Signature de la personne désignée

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez consulter le lien :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32748>