

**FORMULAIRE DE DESIGNATION
D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

(Art. L.1111.6 du code de santé publique)

Je soussigné(e),

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....
.....

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ Désigne en qualité de personne de confiance :

M Mme (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques, lien social) :

.....
.....
.....

afin de m'assister en cas de besoin pour la durée de mon hospitalisation.

J'ai fait part à la personne de confiance désignée ci-dessus, de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je en suis plus en état de m'exprimer :

☐ Oui ☐ Non

La personne de confiance désignée ci-dessus possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ Oui ☐ Non

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance

Révocation de la désignation de la personne de confiance

Date :

Signature du patient :