

CENTRE HOSPITALIER DE PAU

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

(art. L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. (nom, prénom, adresse)

.....
.....

reconnais avoir reçu l'information relative à la personne de confiance

désigne Mme, Mlle, M. (nom, prénom, adresse, téléphone)

.....
.....

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant)

.....
Pour m'assister en cas de besoin en qualité de **personne de confiance** pour la durée de mon hospitalisation

ne souhaite pas désigner une personne de confiance

J'ai bien noté que la personne de confiance que j'ai désignée

- à ma demande, pourra m'accompagner dans mes démarches à l'Hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- n'aura pas, si je le souhaite, accès aux informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais plus en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire.

J'ai bien noté que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment.

Fait à

Le

Signature

Signature de la personne de confiance

Motif de non remplissage du formulaire :

mineur majeur sous tutelle n'est pas en état d'exprimer sa volonté