

Document à ramener à la clinique le jour de l'hospitalisation		
CLINIQUE HERBERT	Formulaire de désignation de la personne de confiance	FOR-ADM-126 V02 Clinique Herbert 19 Chemin de St Pôl 73100 Aix-les-Bains Téléphone : 04 79 88 64 64

Pour toute information, se référer au document d'information "Personne de confiance"

Je soussigné(e),

NOM d'usage : NOM de naissance :

Prénoms :

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance:

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ Nomme la personne de confiance suivante :

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphones :

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : ☐ Oui ☐ Non
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite ci-dessus, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

Lien avec le patient :

Témoin 2 : Je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

Lien avec le patient :

Attestent que la personne de confiance désignée ci-dessus est bien l'expression de la volonté libre et éclairée du patient (Nom, prénom) :

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature du témoin 1

Signature du témoin 2

Cadre réserve à l'équipe soignante

Le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée.

NOM du soignant : Qualité :

Fait le : ____/____/____

Signature du soignant

Révocation ou changement de désignation de personne de confiance

Je souhaite annuler la désignation de ma personne de confiance : ☐ Oui

Je soussigné(e),

NOM d'usage : NOM de naissance :

Prénoms :

Annule la désignation de cette personne de confiance :

NOM : Prénom :

Je souhaite également changer la désignation de ma personne de confiance : ☐ Oui

Dans tous les cas, veuillez demander à un soignant un nouveau formulaire de désignation d'une personne de confiance, à remplir.

Fait le : ____/____/____

Signature du patient