

Centre Hospitalier  Rochefort	Fiche d'enregistrement	Version 1 Novembre 2006
	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	

Je soussigné (e) :

NOM MARITAL.....NOM DE JEUNE FILLE .....

PRENOM.....

Date et lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

FAX/Email : .....

Admis(e) à compter du : .....

**NE SOUHAITE PAS DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

*Je reconnais néanmoins avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.*

*Si je change d'avis en cours de séjour, je m'engage à en informer l'établissement en complétant ce formulaire.*

Fait à :

Signature du Patient :

Le :

**SOUHAITE DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE**

Madame     Mademoiselle     Monsieur

NOM MARITAL.....NOM DE JEUNE FILLE .....

PRENOM.....

Date et lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Cette personne de confiance, légalement capable est :  un parent  un proche  mon médecin traitant

*Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens afin de m'aider dans mes décisions.*

*J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas je m'engage à en informer l'établissement par écrit.*

Fait à :

Signature du Patient :

Le :

**SOUHAITE REVOQUER LA PERSONNE DE CONFIANCE NOMMEE CI DESSUS**

Fait à

Signature du Patient :

Le :