

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
EN APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES
Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e) (Nom, Prénom, adresse, date de naissance)

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

hospitalisée au Centre "Michel BARBAT" à BEAUMONT

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Désigne M., Mme, Mlle (Nom, Prénom, adresse, date de naissance, téléphone)

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

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

Cette personne de confiance pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches au Centre et pourra assister aux entretiens médicaux visant à m'informer sur ma santé et sur mes soins, ceci afin de m'aider dans mes décisions. En aucun cas cette personne de confiance ne pourra avoir accès aux informations de santé me concernant en dehors de ma présence.

Elle pourra cependant être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir directement l'information nécessaire pour le faire. Les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

Je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à Beaumont, le

Signature de la personne de confiance

Signature du patient