

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Ce document, complété et signé par la personne de confiance et celle qui la désigne, doit être communiqué au médecin traitant et, en cas d'hospitalisation, remis au médecin du service pour figurer dans le dossier médical.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante :

Nom,prénoms.....

Adresse :

Téléphone domicile.....professionnel.....portable.....

Adresse E-mail :

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

Signature de la personne de confiance