

# Designation de la personne de confiance



CH Robert Bisson LISIEUX

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) dans l'un de nos deux établissements.

La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long de vos démarches, des soins et des décisions à prendre. Cette « personne de confiance » pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

## Patient

Je soussigné,

Mr, Mme, Melle : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Séjour du : .....

Souhaite :

- ne pas désigner de personne de confiance
- désigner une personne de confiance
- changer de personne de confiance :

Date du jour : .....

Signature

## Personne de confiance

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Cette personne est :

- un proche
- un parent
- mon médecin traitant

Date du jour : .....

Signature

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer ou changer de personne de confiance à tout moment et je m'engage à en informer l'établissement par écrit.