

CH OLORON	FORMULAIRE	Réf. : 1503-DROI-FORM-2
	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	Version : 00
		Page - 1/1

Je soussignée(e),

M M^{me}

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Certifie ne pas faire l'objet d'une protection juridique (tutelle / curatelle)

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais néanmoins avoir été informé(e) de la possibilité dont je dispose, à tout moment, de désigner par écrit une personne de confiance

Ou

Désigne comme personne de confiance

M M^{me}

Lien : Parent Proche Médecin Traitant Autre

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Elle peut m'accompagner dans mes démarches et assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions pour la durée de mon séjour au Centre Hospitalier d'Oloron Sainte-Marie ou jusqu'à ce que j'en décide autrement. Dans l'hypothèse où je serai hors d'état de recevoir des informations et d'exprimer ma volonté, elle sera consultée par l'équipe qui me prend en charge.

Date et signature :

ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussignée(e),

M M^{me}

Accepte ma désignation de personne de confiance de M/Mme.....durant son séjour à l'hôpital ou jusqu'à ce qu'elle en décide autrement

Date et signature :

REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Je soussignée(e),

M M^{me}

Décide de révoquer la désignation de M/Mme.....

Date et signature :