

Je soussignée,

NOM marital : _____ NOM de jeune fille : _____

PRENOM (S) : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE (S) : _____

Admise au sein de l'établissement de santé en vue d'une hospitalisation à compter du

Je souhaite désigner comme **personne de confiance** :

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE (S) : _____

FAX/E MAIL: _____

- Cette personne de confiance, légalement capable, est: Un proche Un parent
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et m'assiste afin de m'aider dans mes décisions : Oui Non

J'ai été informée 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 par écrit l'établissement.

Fait à Nogent sur Marne,

Le _____

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à _____

Le _____

Signature :