
DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussignée Mme, M.

Né(e) le : à :

Demeurant :

.....

.....

Téléphone :

Déclare avoir reçu l'information relative à la désignation d'une personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Déclare avoir reçu l'information sur la désignation d'une personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mr

Né(e) le : à :

Demeurant :

.....

.....

Lien avec la personne : Un parent Un proche Médecin traitant

Autre :

Téléphone : E-mail :

qui devient personne de confiance. Je l'ai informé(e) de sa désignation et souhaite qu'elle exerce les missions mentionnées à l'article L. 1111-11-6 du code de la santé publique.

J'ai rédigé des directives anticipées : Oui Non

Cette personne possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Fait à, le/...../.....

Signature du patient/résident :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie destinée au Médecin

Docteur constate que :

- Le (la) patient(e)/résident(e) est sous tutelle.
- Le (la) patient(e)/résident(e) n'est pas apte à rédiger les directives anticipées.

Fait à, Le

Signature