

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
(Article L .1111-6 du Code de la Santé Publique)

Vous allez être admis à la clinique en vue d'une prise en charge en :

- Hospitalisation
 Ambulatoire
 Unité de Dialyse

Dès votre pré-admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ».
Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant).

Son rôle est bien défini dans le formulaire joint à votre livret d'accueil

Cette désignation **est facultative**, cependant elle doit être faite par écrit sur le formulaire ci-dessus.

Elle durera le temps de votre hospitalisation, mais peut être révoquée à tout moment par vous-même, il suffit de le signaler à votre responsable de service.

Je soussigné(e)

Mme Mlle Mr

NOM Marital :

NOM de Jeune Fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Déclare avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour, et toutefois ;

- Ne souhaite pas désigner une personne de confiance
 Souhaite désigner une personne de confiance

Mme Mlle Mr

NOM Marital :

NOM de Jeune Fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fait à :, le.....