

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) (nom et prénom)

Reconnais avoir été informé(e) lors de mon admission ou en cours d'hospitalisation de la possibilité qui m'était offerte de désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant).

La personne de confiance pourra m'accompagner dans mes démarches et assister aux entretiens médicaux pour m'aider dans mes décisions.

La personne de confiance pourra également être consultée dans le cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir les informations nécessaires.

A la suite de cette information,

- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance (*)
- Je déclare désigner Madame / Monsieur (nom, prénom, adresse et téléphone) (*)

.....

.....

.....

.....

Comme personne de confiance pendant la durée de mon hospitalisation au Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne.

Cette désignation est révocable à tout moment.

Date

Signature

(*) Cocher la case utile