

Désignation d'une PERSONNE de CONFIANCE

En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Art. L. 1111-6 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

hospitalisé(e) au sein du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph,

désigne :

demeurant :

Tel :

Portable :

en tant que **PERSONNE DE CONFIANCE**.

A ma demande, cette personne m'accompagnera dans mes démarches afin de m'aider dans mes décisions et assistera éventuellement, selon mon choix, aux entretiens médicaux qui me concernent.

J'ai bien noté qu'elle pourra être consultée par le médecin en charge de mon séjour au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale nécessaire à cette fin.

La désignation de ... en qualité de personne de confiance est valable uniquement pour la durée de mon hospitalisation à la Fondation Hôpital Saint-Joseph (*si je souhaite que cette désignation se prolonge, je peux le stipuler au bas de ce formulaire*).

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment.

Il me revient d'informer la personne de confiance de cette désignation et de m'assurer de son accord.

La désignation de ma personne de confiance ne sera validée qu'une fois ce formulaire remis à l'équipe soignante et inséré dans mon dossier médical.

Fait à Paris, ...

Signature du patient :