

## Informations relatives à cette désignation

J'ai été informé(e) 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 le Centre Hospitalier Privé du Montgardé, en remplissant la fiche de désignation (page 4).

Fait à Aubergenville, le ...../...../200...

Signature du patient :

## Communication de cette désignation à la personne de confiance

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

Fait à Aubergenville, le ...../...../200...

Signature de la personne de confiance :

***Fait en trois exemplaires, dont un est remis au patient, un est conservé dans le dossier du patient par l'établissement et un est remis à la personne de confiance.***

Réf. : A-ACC-E-04 MAJ : 09 juin 2005



## FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

### Pourquoi désigner une personne de confiance ?

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

### Identité du patient

Je soussigné (e),

NOM marital : .....

NOM de jeune fille : .....

Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Admis(e), en vue de :

- (1) Hospitalisation       (1) Actes ambulatoires  
 (1) Soins Externes       (1) Urgences

à compter du ...../...../200... pour la durée du traitement.