



Document à remplir par vos soins et à remettre
dans votre service d'hospitalisation.

Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e), Mme, M.

Né(e) le à

Domicilié(e).....

Désigne* Ne souhaite pas désigner de personne de confiance*

**Veuillez cocher la case de votre choix*

Mme, M.,

Adresse.....

Tél. Mobile

E-mail.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Fait à Sarreguemines, le

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

- La personne de confiance pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en mesure d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention ou investigation, hors urgence ou impossibilité, ne pourra être pratiquée sans cette consultation.
- Les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au personnel médical et soignant ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- La personne de confiance pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans mes décisions.
- La personne de confiance sera informée de cette désignation par mes soins.
- La personne de confiance est d'accord pour assurer la mission qui lui est propre.
- La désignation de la personne de confiance est révisable à tout moment (de préférence par écrit).