choix d'une personne de confiance

CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE

je soussigné(e)
nom .....
nom de naissance .....
prénom .....
date de naissance .....
adresse : .....
.....
téléphone .....

☐ je sais que la loi me permet
de choisir une personne de confiance pour ma santé.

☐ **je ne veux pas choisir une personne de confiance**

☐ **je veux choisir une personne de confiance**

cette personne de confiance est :
☐ un parent ☐ un proche ☐ mon médecin ☐ autre

je choisis cette personne :
☐ pour cette hospitalisation
☐ pour toutes mes hospitalisations

si je ne peux pas décider seul,
l'avis de ma personne de confiance est demandé.

signature

À FAIRE REMPLIR PAR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

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

Fait à : ..... le : ..... Signature de la personne de confiance

---

CAS PARTICULIER

Je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de choix de ma personne de confiance

Deux témoins attestent ci-dessous que le choix de la personne de confiance est bien ma volonté :

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Atteste que la personne de confiance choisie est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M .....

Fait à : ..... le : ..... Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Atteste que la personne de confiance choisie est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M .....

Fait à : ..... le : ..... Signature