

N° de dossier

Clinique de Tournan

2, rue Jules Lefebvre
77220 Tournan en Brie

IMPORTANT : 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.

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

- Je soussigné(e),

NOM :NOM de de naissance :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX/E-MAIL :

Admis (e) au sein de la Clinique de Tournan en vue de:

- Hospitalisation Actes ambulatoires Soins externes Urgences
à compter du.....pour la durée du traitement

- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit la clinique de Tournan**, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2)

- Je souhaite désigner une personne de confiance :**

- Monsieur Madame Mademoiselle

NOM :NOM de naissance :

PRENOM (S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX/E-MAIL:.....

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche Un parent Mon médecin traitant

- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

- OUI NON

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 la clinique de Tournan, en remplissant la fiche de désignation (modèle2)

Fait à

Signature du patient :

Le :

Cadre réservé à la personne de confiance.

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

Fait à :

Signature :

Le :

N° de dossier

Clinique de Tournan

2, rue Jules Lefebvre
77220 Tournan en Brie

IMPORTANT : 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.

**DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
CHANGEMENT DE DESIGNATION**

Cette fiche annule et remplace la précédente fiche datée du.....

- Je soussigné(e),

NOM :NOM de naissance :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX/E-MAIL :

Admis (e) au sein de la Clinique de Tournan en vue de:

- Hospitalisation Actes ambulatoires Soins externes Urgences
à compter du.....pour la durée du traitement

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle.

Je souhaite désigner une personne de confiance (soit en l'absence de première désignation, soit en lieu et place de la personne désignée dans la précédente fiche) :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM :NOM de naissance :

PRENOM (S) :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

FAX/E-MAIL:.....

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
 Un proche Un parent Mon médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :
 OUI NON

**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 la clinique de Tournan, en remplissant la fiche de désignation (modèle2)**

Fait à

Signature du patient :

Le :

Cadre réservé à la personne de confiance.

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

Fait à :

Signature :

Le :