

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

JE SOUSSIGNE(E) :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :/...../.....

Lieu de naissance :

Dénommé(e) ci-après "Le Patient".

SOUHAITE :

Etre la seule personne à être informée de mon état de santé.

Que seule la personne sous-mentionnée m'assiste pour recevoir les informations concernant le suivi de mon état de santé (résultats d'examens laboratoire, comptes-rendus d'hospitalisation, suivi des traitements, etc.) en toute occasion jugée utile par moi.

Que seule la personne sous-mentionnée m'assiste pour recevoir les informations concernant le suivi de mon état de santé (résultats d'examens laboratoire, comptes-rendus d'hospitalisation, suivi des traitements...) si je n'ai plus capacité constatée à donner mon avis.

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :/...../.....

Lieu de naissance :

Demeurant :

Téléphone : **Portable** :

Lien de parenté :

Fait à, le/...../.....

En 3 exemplaires :

Soit 1 pour Le Patient:

Signature précédée de la mention « Bon pour pouvoir »

Soit 1 pour La Personne de confiance :

Signature précédée de la mention « Bon pour acceptation des pouvoirs »

Soit 1 pour l'établissement CLINALLIANCE