

**Hôpital Privé
du Vert Galant**
38 rue de Flandre
93290 Tremblay en France
Tél. : 0826 30 93 93 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)

Hôpital Privé du Vert Galant

○ Fiche de désignation d'une personne de confiance et de la personne à prévenir

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / À :

Désigne une personne de confiance :

Oui pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement **Non**
 pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement et ultérieurement

Si Oui, remplir le cadre suivant :

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle
Nom :		Adresse :
Nom de jeune fille :		
Prénom :		Fax :
Téléphone(s) :		e-mail :

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).

Fait le : / / à :

Signature du patient :

○ Fiche de désignation d'une personne de confiance et de la personne à prévenir

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : / / à :

Signature :

À remplir par le soignant si le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer et de désigner une personne de confiance :

Nom du soignant :

Fait le : / /

Signature :

Désignation de la personne à prévenir :

Je désigne la même personne que la personne de confiance dont l'identité est mentionnée sur cette fiche.

Je désigne la personne suivante :

Nom : Adresse :

Nom de jeune fille :

Prénom : Fax :

Téléphone(s) : e-mail :

Cette personne à prévenir est :

Un proche Un parent Autre

Précisez pour Autre :