Château Walk - Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
1 rue du Château Walk - CS 50155
67503 HAGUENAU Cedex
Établissement certifié par la Haute Autorité de Santé

FT/DIP1/001/V1
Annexe 1

LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.
Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place **et sera votre porte-parole.**

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : .....
Adresse : .....
Téléphone privé : ..... professionnel : ..... portable : .....
E-mail : .....

➔ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

➔ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : ..... le : .....

Signature Signature de la personne de confiance

Patient dans l'incapacité de désigner une personne de confiance ☐

Patient ne désire pas désigner de personne de confiance ☐

Château-Walk - Centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie
40 rue du Député Hallez
CS 50 155 – 67503 HAGUENAU CEDEX
Etablissement certifié par l'HAS

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M .....

➔ que M ..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

➔ que M ..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à : ..... le : .....

Signature

Témoin 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M .....

➔ que M ..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

➔ que M ..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à : ..... le : .....

Signature