



## Désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) (*prénom et NOM*) .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'était offerte de désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant).

La personne de confiance pourra, si je le souhaite, m'accompagner dans mes démarches et assister aux entretiens médicaux pour m'aider dans mes décisions.

La personne de confiance pourra également être consultée dans le cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir les informations nécessaires.

A la suite de cette information,

- je ne souhaite pas désigner une personne de confiance (\*)
- je déclare désigner Madame/Monsieur (*prénom, nom, adresse, téléphone + lien avec le patient*) (\*) et l'en informer

.....  
.....  
.....  
.....

comme personne de confiance pendant la durée de mon hospitalisation ou de mon séjour au Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace.

Cette désignation est révoquée à tout moment.

Le ..... /..... /.....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

**Cadre réservé au service**

Le patient n'est pas en état de désigner une personne de confiance.