

**Formulaire de désignation de la
personne de confiance**
(art.L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Etiquette patient

Je soussigné-e nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....
.....

- Reconnaiss avoir reçu l'information relative à la personne de confiance
- Désigne comme personne de confiance

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant...)

→ 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

- Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Fait à

le

Signature :

Cosignature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul-e, le formulaire de désignation de la personne de confiance.

Deux témoins attestent ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce formulaire, 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 Mlui 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 du témoin 1 :

Cosignature de la personne de confiance

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 Mlui 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 du témoin 2:

Cosignature de la personne de confiance