Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
— REF : APF015 —

PERSONNE DE CONFIANCE

■ L'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique prévoit que toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

■ Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

■ Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci dessous et de le remettre dans le service lors de votre hospitalisation. Ce document sera classé dans votre dossier médical.

Je soussigné(e) M .....

ne souhaite pas désigner de personne de confiance : ☐

désigne en qualité de personne de confiance : ☐

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

BAT ____ CP _____ VILLE .....

Lien de parenté (le cas échéant) : .....

TÉLÉPHONE +33 _____

Date ____ ____ ____

Signature :

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
— REF : APF015 —

PERSONNE DE CONFIANCE

■ L'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique prévoit que toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

■ Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

■ Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci dessous et de le remettre dans le service lors de votre hospitalisation. Ce document sera classé dans votre dossier médical.

Je soussigné(e) M .....

ne souhaite pas désigner de personne de confiance : ☐

désigne en qualité de personne de confiance : ☐

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

BAT ____ CP _____ VILLE .....

Lien de parenté (le cas échéant) : .....

TÉLÉPHONE +33 _____

Date ____ ____ ____

Signature :