

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Formulaire à remplir EXCLUSIVEMENT par le ou la futur(e) résident(e)

Je soussigné(e),.....

Né(e) le :/...../..... **à**

Résidant :

.....

Désigne

Monsieur / Madame / Mademoiselle

Né(e) le :/...../..... **à**

Résidant :

.....

Téléphone :

Adresse e-mail :

Lien avec la personne :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance : jusqu'à ce que j'en décide autrement / uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement, Maison d'Accueil Saint Vincent / Sainte Croix de Sorèze.

J'ai bien noté que Monsieur / Madame / Mademoiselle

.....

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,

- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à , **le**

Signature

Je soussigné (e), accepte la demande de Monsieur ou Madame, d'assurer le rôle de personne de confiance selon les termes de l'article L 111-6 de la loi n° 2002-303.

Fait à , **le**

Signature