

LA PERSONNE DE CONFIANCE

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Non adaptée

Je soussigné(e) :

Madame, Monsieur (*Nom et prénoms*)

né(e) le/...../..... à

domiciliée à

.....

DESIGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

Madame, Monsieur (*Nom et prénoms*)

qualité :

parent :

proche :

médecin traitant

domiciliée à

☎ Téléphone :

- Je l'ai informée de sa désignation comme personne de confiance
- Je lui ai fait part de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer

Fait à, le/...../.....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), deux personnes peuvent attester que la désignation de la personne de confiance est bien l'expression de votre volonté

Première personne témoin

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 :

Madame, Monsieur (Nom et prénoms)

Fait à, le/...../.....

Signature

Signature de la personne de confiance

Seconde personne témoin

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 :

Madame, Monsieur (Nom et prénoms)

Fait à, le/...../.....

Signature

Signature de la personne de confiance

MODIFICATION DE LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En lieu et place de :

Madame, Monsieur (Nom et prénoms)

Je désigne comme personne de confiance

Madame, Monsieur (Nom et prénoms)

qualité :

parent :

proche :

médecin traitant

domiciliée à

☎ Téléphone :

- Je l'ai informée de sa désignation comme personne de confiance
- Je lui ai fait part de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer

Fait à, le/...../.....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

ANNULATION DE LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

J'annule ce jour la désignation de Madame, Monsieur (Nom et prénoms)

.....

Comme personne de confiance pour me représenter.

Fait à, le/...../.....

Signature du patient