

Fiche d'information - CHUPMB - Formulaire de désignation et révocation d'un mandataire

A SCANNER ET INTEGRER DANS LE DOSSIER CARE DU PATIENT – SPECIALITE « DROITS DU PATIENT »/CATEGORIE : CONSENTEMENTS/SOUS-CATEGORIE : MANDATAIRE

Désignation d'un MANDATAIRE dans le cadre de la représentation du patient (article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

Je soussigné(e) né(e) le désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

• Données personnelles du patient :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

• Données personnelles du mandataire :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

Fait à, le (date) - Signature du patient :

- J'accepte ma désignation de représentant comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits.

Fait à le(date) - Signature du mandataire :

Recommandations :

1. Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires : un exemplaire peut être conservé par le mandataire, un exemplaire peut être conservé par le patient, une copie est intégrée au dossier médical informatisé **CARE du patient – spécialité « Droits du patient »** et une copie peut être communiquée au médecin de famille ou à un autre médecin choisi par le patient. En ce cas, le médecin est (à compléter par le patient).

2. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et intégrée au dossier patient CARE. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.

