

## Fiche d'information - HAP - formulaires de désignation et révocation d'une personne de confiance

**A SCANNER ET INTEGRER DANS LE DOSSIER MEDICAL INFORMATISE CARE DU PATIENT – SPECIALITE « DROITS DU PATIENT/CATEGORIE : CONSENTEMENTS/SOUS CATEGORIE : PERSONNE DE CONFIANCE »**

### Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§3)

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom du patient), né(e) le ..... désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

**s'informer sur mon état de santé et son évolution probable**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

**demander une copie de mon dossier médical**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

**consulter mon dossier médical**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

**m'assister dans mes démarches en cas de plainte auprès du service de médiation**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

■ **Identité du patient :**

- adresse : .....

- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

■ **Identité de la personne de confiance :**

- Nom et prénom : .....

- adresse : .....

- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

- lien avec le patient : .....

Fait en trois exemplaires, à ..... le .....

**Signature du patient**

**Recommandation** : Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un consigné dans le **dossier médical informatisé CARE du patient – spécialité « Droits du patient »**.

**Information** : Le patient peut à tout moment faire savoir au médiateur ou au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus.

