

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 »

Révocation 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),....., né(e) le révoque par la présente la personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme personne de confiance le/..../.....

• Données personnelles de la personne de confiance révoquée :

- nom et prénom :

- adresse :

- numéro de téléphone :

- date de naissance :

Fait à, le

Signature du patient :

Recommandation :

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le

Ce document sera scanné dans le **dossier médical informatisé CARE du patient - spécialité « Droits du patient »**.

