

ÉTIQUETTE

59, Rue Henri Barbusse  
93300 Aubervilliers  
Tél. 01 48 39 45 00



## DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e), Mme, M. (*raier la mention inutile*)

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Fax / E-mail : .....

Admis (e) au sein de l'Hôpital Européen de Paris- La Roseraie en vue d'une :

- Hospitalisation       Actes ambulatoires       Soins Externes       Urgences

À compter du ..... pour la durée du traitement

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

*(Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation au verso)*

**Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

Mme, M. (*raier la mention inutile*)

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax /E-mail : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche       Un parent       Mon médecin traitant

**Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :**

- Oui       Non

➤ J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

➤ Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation au verso.

Fait à .....

Signature du patient :

Le .....

### Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à .....

Signature :

Le .....

*Fait en 3 exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance*

ÉTIQUETTE

59, Rue Henri Barbusse  
93300 Aubervilliers  
Tél. 0825 100 400

## CHANGEMENT DE DÉSIGNATION

Cette fiche annule et remplace la précédente fiche datée du .....

Je soussigné (e), Mme, M. (*raier la mention inutile*)

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Fax / E-mail : .....

Admis (e) au sein de l'Hôpital Européen de Paris- La Roseraie en vue d'une :

- Hospitalisation       Actes ambulatoires       Soins Externes       Urgences

À compter du ..... pour la durée du traitement

- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle.**
- Je souhaite désigner comme personne de confiance (soit en l'absence de première désignation, soit en lieu et place de la personne désignée dans la précédente fiche) :**

Mme, Melle, M. (*raier la mention inutile*)

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax /E-mail : .....

**Cette personne de confiance, légalement capable, est :**

- Un proche       Un parent       Mon médecin traitant

**Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :**

- Oui       Non

➤ **J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.**

➤ **Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation au verso.**

Fait à .....

Signature du patient :

Le .....

### Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à .....

Signature :

Le .....

*Fait en 3 exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance*