

Résidence Géraud de Pierredon

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée en cas où elle serait hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Nom, Prénom.....

Né (e) ...../...../..... Admis (e) à l'EHPAD GERAUD DE PIERREDON le ...../...../.....

☐ Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

☐ Désigne comme personne de confiance

◯ Madame ◯ Mademoiselle ◯ Monsieur

Nom, Prénom.....

Né (e) ...../...../.....qui est ◯ un parent ◯ un proche ◯ mon médecin traitant

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone.....Portable.....

Fax.....Mail.....@.....

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance et je suis informé (e) que cette désignation est valable pour la durée de mon séjour dans l'établissement sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Fait à Gençay, le .....

Signature de la personne de confiance ci-dessus nommée

Fait à Gençay, le.....

Signature du Résidant

Il est souhaitable que la personne de confiance émarge ce document.
Ce document est conservé dans le dossier médical du demandeur et les données intégrées au dossier informatisé du patient. Une copie peut être remise au patient et à la personne de confiance à leur demande.