

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LA PERSONNE À PRÉVENIR ET LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne à prévenir est contactée par l'équipe soignante en cas d'événement(s) particulier(s) d'ordre organisationnel ou administratif (fin du séjour et sortie de l'établissement, etc.) au cours de votre séjour. La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales contrairement à la personne de confiance qui vous accompagne au cours de votre prise en charge.

JE SOUSSIGNÉ(E) :

NOM DE NAISSANCE : **NOM D'USAGE :**

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

VILLE : **CODE POSTAL :**

TÉLÉPHONE :

J'AI BIEN NOTÉ QUE MA PERSONNE DE CONFIANCE :

- > DOIT ÊTRE UNE PERSONNE MAJEURE
- > POURRA, À MA DEMANDE, M'ACCOMPAGNER DANS MES DÉMARCHES, ASSISTER AUX ENTRETIENS MÉDICAUX AFIN DE M'AIDER DANS LES DÉCISIONS À PRENDRE
- > POURRA ÊTRE CONSULTÉE DANS LE CAS OÙ JE NE SERAIS PAS EN ÉTAT D'EXPRIMER MA VOLONTÉ CONCERNANT LES SOINS ET RECEVRA L'INFORMATION À MA PLACE.

JE PEUX RÉVOQUER CETTE DÉCISION À TOUT MOMENT ET DANS CE CAS, JE M'ENGAGE À EN INFORMER L'ÉTABLISSEMENT PAR ÉCRIT.

JE DÉSIGNE CETTE PERSONNE DE CONFIANCE

POUR LA DURÉE DE MON HOSPITALISATION POUR TOUTE HOSPITALISATION À LA CLINIQUE DU TER

JE SOUHAITE DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

MONSIEUR MADAME

NOM DE NAISSANCE : **NOM D'USAGE :**

PRÉNOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

VILLE : **CODE POSTAL :** **TÉLÉPHONE :**

CETTE PERSONNE EST :

UN PROCHE UN PARENT MON MÉDECIN TRAITANT AUTRE :

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT À : **LE :** / /

SIGNATURE DU PATIENT :

**QR CODE RÉSERVÉ
À L'ÉTABLISSEMENT**



CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE

JE SOUSSIGNÉ(E) CERTIFIE AVOIR ÉTÉ INFORMÉ(E) ET ACCEPTE MA DÉSIGNATION EN QUALITÉ DE PERSONNE DE CONFIANCE.

FAIT À : **LE :** / /

SIGNATURE :