



*FORMULAIRE DE DESIGNATION
D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE*

« Service Aide à Domicile Bassée Montois »

22 Grande Rue
77480 BRAY SUR SEINE
Tél : 01 64 60 22 36
Fax : 01 60 58 78 63
Email : aideadomicile@sadbm.fr

Association à but non lucratif – loi 1901 – membre de l'UNA
Agrément qualité n° N/250310/A/077/Q/036
Arrêté d'autorisation en date du 23 mars 2015



*FORMULAIRE DE DESIGNATION
D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE*

Je, soussigné(e)

Nom, Prénom,.....

Date de naissance.....

Adresse,.....

.....

Désigne M., Mme, Mlle

Nom, Prénom.....

Adresse.....

.....

Tel :.....

e-mail.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
 uniquement pour la durée de mon contrat de prestation

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Visa de la personne désignée

Fait à....., le.....

Signature