



SAINTE **A**NNE
ALBESTROFF

EHPAD – SSIAD – ADJ

Lieu-dit Sainte-Anne
57670 ALBESTROFF
03 87 01 60 71

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

« Art. L. 1111-6 Code de la santé publique (loi 4 mars 2022). Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si la personne accueillie le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

Je soussigné (e)

NOM : _____ PRÉNOM _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne comme personne de confiance

NOM : _____ PRÉNOM _____

Né(e) le _____ à _____

Lien avec la personne : _____

Adresse postale complète : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : **Oui** **Non**

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : **Oui** **Non**

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance et qu'aucune information sur mon état de santé ne soit divulguée.

Fait à _____, le _____

Signature de la personne accueillie :

Signature de la personne de confiance :



SAINTE **A**NNE
ALBESTROFF

EHPAD – SSIAD – ADJ

Lieu-dit Sainte-Anne
57670 ALBESTROFF
03 87 01 60 71

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)
le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoïn 1 : Je soussigné (e)

NOM : _____ PRÉNOM _____

Lien avec la personne : _____

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme _____

→ Que M/Mme _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : **Oui** **Non**

→ Que M//Mme _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : **Oui** **Non**

Fait à _____, le _____

Signature :

Témoïn 2 : Je soussigné (e)

NOM : _____ PRÉNOM _____

Lien avec la personne : _____

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme _____

→ Que M/Mme _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : **Oui** **Non**

→ Que M//Mme _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : **Oui** **Non**

Fait à _____, le _____

Signature :



EHPAD – SSIAD – ADJ
Lieu-dit Sainte-Anne
57670 ALBESTROFF
03 87 01 60 71

FORMULAIRE D'INCAPACITE A DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Personne accueillie :

NOM : _____ PRÉNOM _____

Né(e) le _____ à _____

Ne semble pas apte à désigner à ce jour une personne de confiance

Personne ayant constatée l'incapacité :

Nom : _____ Prénom : _____

Qualification :

Fait à _____, le _____

Signature :