

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e), (nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

○ s’informer sur mon état de santé et son évolution probable

Période : (p. ex. jusqu’à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné : (p. ex. le médecin généraliste, un spécialiste, ...)

○ consulter mon dossier patient

Période : (p. ex. jusqu’à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné : (p. ex. le médecin généraliste, un spécialiste, ...)

○ demander une copie de mon dossier patient

Période : (p. ex. jusqu’à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné : (p. ex. le médecin généraliste, un spécialiste, ...)

Identité du patient :

Adresse :

Numéro de tél. : GSM :

Date de naissance :

Identité de la personne de confiance :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de tél. : GSM :

Date de naissance :

Fait à le

SIGNATURE DU PATIENT :



DÉSIGNATION D'UN MANDATAIRE

Je soussigné(e), (nom et prénom du patient), désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

Données personnelles du patient :

Adresse :

Numéro de tél. : GSM :

Date de naissance :

Données personnelles du mandataire :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de tél. : GSM :

Date de naissance :

Fait à le

SIGNATURE DU PATIENT :