

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Serveur paramédical / fin de vie

Cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer. Elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance :

.....

.....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) :

Téléphone privé :

téléphone professionnel :

Téléphone portable :

Email :

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de les exprimer :

☐ oui

☐ non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ oui

☐ non

Fait le à

Votre signature

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

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

Témoin n°1 : Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M(me) :

→ que M(me) 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(me) lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
☐ oui ☐ non

Fait à :

le :

Signature

Témoin n°2 : Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M(me) :

→ que M(me) 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(me) lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :
☐ oui ☐ non

Fait à :

le :

Signature