FONDATION
BON SAUVEUR D'ALBY

La personne de confiance

C'est une personne que je choisis.

Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui fera respecter mes choix.

Cela peut être quelqu'un de ma famille, un ami ou mon médecin traitant.

Validé en CDU le 10 décembre 2022

FONDATION
BON SAUVEUR D'ALBY

Ma personne de confiance

- C'est une personne que je choisis.
- Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui fera respecter mes choix.
- Cela peut être quelqu'un de ma famille, un ami ou mon médecin traitant.

Je désigne ma personne de confiance

Son nom :

Son prénom :

Sa date de naissance :

Dans la ville de :

Son adresse :

Son numéro de téléphone :

Son adresse mail :

Date :

Je signe :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

accepte d'être personne de confiance de .....

et reçoit mandat exprès pour avoir accès au dossier médical.

Date :

Signature :

Document à remettre à l'équipe qui vous prend en charge.