

Exemple de formulaire de désignation d'une **PERSONNE DE CONFIANCE**

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 11/1 §1 et §2

Je soussigné(e), (nom et prénom du patient)
(Cochez la /les case(s) appropriée(s), selon vos propres souhaits)

- Désigne la personne mentionnée ci-dessous pour **m'assister (me soutenir) dans le cadre de mon/mes droit(s) de patient suivant(s) :**
 - **bénéficiaire de soins de qualité**
 - **choisir librement le professionnel des soins de santé**
 - **être informé sur les prestations de soins envisagées en vue de mon consentement à celles-ci**
 - **être informé sur mon état de santé**
 - **consulter mon dossier de patient**
 - **obtenir une copie de mon dossier de patient**
 - **être assuré du respect de mon intimité et de la protection de ma vie privée**
 - **déposer plainte auprès du service de médiation compétent**

- Autorise la personne mentionnée ci-dessous **à intervenir, en dehors de ma présence**, dans le cadre de mon / mes droit(s) suivant(s) :
 - **Être informé sur mon état de santé**
 - pour une période déterminée : de (date) à (date)
 - pour une période indéterminée
 - auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
 - auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi
 - **Être informé sur les prestations de soins envisagées**
 - pour une période déterminée : de (date) à (date)
 - pour une période indéterminée
 - auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
 - auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi
 - **Consulter et/ou obtenir une copie de mon dossier patient**
 - pour une période déterminée : de (date) à (date)
 - pour une période indéterminée
 - auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
 - auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

Coordonnées de la PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom et prénom :

Adresse e-mail ou adresse postale :

Tel :

Date naissance :

Fait à, le (date)

Signature du patient :

Coordonnées du patient : adresse e-mail ou adresse postale, tél, date de naissance :