

## FORMULAIRE DE 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.

### Identité du patient :

- nom et prénom .....
- numéro national.....
- adresse .....
- .....
- numéro de téléphone/Gsm .....
- date de naissance .....
- adresse mail.....

### Identité du mandataire :

- nom et prénom .....
- numéro national.....
- adresse .....
- .....
- numéro de téléphone/Gsm .....
- date de naissance .....
- adresse mail.....

Une copie de ce document est déposée chez mon médecin généraliste :

Le Docteur.....

Fait à ..... le .....

Signature du patient :

J'accepte ma désignation de représentant comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits.

Fait à ..... le .....

Signature du mandataire :

*Il est recommandé de rédiger ce formulaire en 3 exemplaires ; un exemplaire peut être conservé par le mandataire, un exemplaire peut être conservé par le patient et une copie peut en être communiquée au médecin de famille ou à un autre médecin choisi par le patient. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.*