

EHPAD Simon
Bénichou - Nancy

Rédigé par
H. WEISS

Vérifié par
I. CAILLE

Approbateur
S.GALMICHE

Edité le

Mis à jour
09/04/2024

(Article L. 1111-16 du Code de la Santé Publique)

Vous venez d'être admis dans notre structure et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ». Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant,).

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le « **Flyer sur la personne de confiance** » est bien l'expression de votre volonté.

| Témoign 1 | Témoign 2 |
|---|---|
| Je soussigné(e) NOM et prénom : Qualité (lien avec le résident) : Atteste que la désignation de : NOM et prénom : Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : NOM et prénom : Fait à : Le : Signature du témoin : Cosignature de la personne de confiance : | Je soussigné(e) NOM et prénom : Qualité (lien avec le résident) : Atteste que la désignation de : NOM et prénom : Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : NOM et prénom : Fait à : Le : Signature du témoin : Cosignature de la personne de confiance : |
| <i>Partie facultative</i> | <i>Partie facultative</i> |
| Je soussigné(e) NOM et prénom : Atteste que : NOM et prénom : A également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à <u>l'article L.1111-6 du Code de la santé publique</u> , selon les modalités précisées par le même code : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON | Je soussigné(e) NOM et prénom : Atteste que : NOM et prénom : A également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à <u>l'article L.1111-6 du Code de la santé publique</u> , selon les modalités précisées par le même code : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON |