

# FORMULAIRE – Je désigne ma personne de confiance

Au sens de l'article L1111-6 du code de la santé publique

**Je peux modifier ou annuler mon choix à tout moment.**

**Le document valable est le plus récent.**

## Je soussigné·e

Prénom(s) NOM :.....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ville de naissance et pays de naissance : .....

Adresse de résidence : .....

.....

Souhaite désigner une personne de confiance :  Oui  Non

**Si oui, je choisis comme ma personne de confiance :**

Prénom(s) NOM :.....

Adresse de résidence : .....

.....

Téléphone (plusieurs numéros possibles) : Numéro 1 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro 2 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Courriel : .....

**Pour la durée suivante** (cochez votre choix) :

- Pendant mon hospitalisation au CHRU de Nancy. Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Pour la période de mon choix : .....
- Pour un temps indéterminé

**J'ai informé ma personne de confiance** de mes directives anticipées :

Non  Oui

**J'ai donné à ma personne de confiance** une copie de mes directives anticipées :

Non  Oui

**J'ai 2 témoins car je suis dans l'incapacité physique de remplir seul·e ce formulaire**

Non  Oui

Fait à (*ville*) : .....

Le (*jour mois année*) : .....

Ma signature

Signature de la personne de confiance

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique ayant pour finalité les soins et la prise en charge des patients. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant et du droit de définir vos directives relatives au sort de ces données à caractère personnel après votre mort, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Direction générale du CHRU de NANCY 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY.