

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (Art. 7, 8 et 9)
(Modifiée par la loi du 6 février 2024)

1. IDENTITÉ DU PATIENT (Le mandant)

Nom et Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° Registre National : _____
Adresse : _____

2. IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Nom et Prénom : _____
Lien avec le patient : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

3. PORTÉE DE LA DÉSIGNATION (Cocher les options souhaitées)

Je soussigné(e), désigne la personne mentionnée ci-dessus pour m'assister ou exercer en mon nom les droits suivants :

- ☐ **Droit à l'information (Art. 7 & 8) :** Recevoir toutes les informations nécessaires sur mon état de santé et les interventions proposées, même en mon absence.
- ☐ **Droit de consultation (Art. 9 §2) :** Consulter l'intégralité de mon dossier patient (y compris, depuis 2024, les annotations personnelles du professionnel).
- ☐ **Droit de copie (Art. 9 §3) :** Obtenir une copie de tout ou partie de mon dossier patient.

Durée de la désignation :

- ☐ Pour une durée indéterminée (révocable à tout moment).
- ☐ Pour la durée de mon hospitalisation/traitement du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

4. JUSTIFICATIFS ET SIGNATURES

Conformément aux procédures administratives, je joins à ce formulaire :

- ☐ Une copie **recto-verso de ma carte d'identité** (patient).
- ☐ Une copie **recto-verso de la carte d'identité** de la personne de confiance.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

(Précédée de "Lu et approuvé")

(Précédée de "Accepté")