



**Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE**

**Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§3)**

Je soussigné (e), ..... (nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

|   |
|---|
| <p><b>o s'informer sur mon état de santé et son évolution probable</b><br/>         Période: .....<br/>         (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)<br/>         Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :<br/>         .....</p> |
| <p><b>o consulter mon dossier patient</b><br/>         Période: .....<br/>         (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)<br/>         Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :<br/>         .....</p>                              |
| <p><b>o demander une copie de mon dossier patient</b><br/>         Période: .....<br/>         (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)<br/>         Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :<br/>         .....</p>                  |

▪ **Identité du patient :**

- adresse : .....
- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

▪ **Identité de la personne de confiance**

- Nom et prénom.....
- adresse : .....
- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

Fait à .....le date .....

***Signature du patient***

**Recommandation :** Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

**Information :** Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus.