

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Conformément à l'article L.1111-6 du Code de la santé publique)

1. Informations du patient

- **Nom :** BRASSEUR
- **Prénom :** Victorine
- **Date de naissance :** 12/03/1958
- **Adresse :** 14 rue des Lilas – 40600 BISCAROSSE
- **Téléphone :** 06 45 78 12 33
- **Mail :** victorine.brasseur@email.fr

2. Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e), **Victorine BRASSEUR**, désigne comme personne de confiance :

- **Nom :** BRASSEUR
- **Prénom :** Jean
- **Lien avec le patient :** Epoux
- **Adresse :** 14 rue des Lilas – 40600 BISCAROSSE
- **Téléphone :** 06 12 34 56 78
- **Mail :** jeanbrasseur@gmail.com

Cette personne pourra, si je le souhaite, m'accompagner dans mes démarches médicales, assister aux entretiens médicaux, et être consultée par l'équipe soignante dans le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté.

Durée de la désignation

Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation

Cette désignation est valable jusqu'à révocation de ma part

Date : 24.04.2025

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Signature de Mme BRASSEUR

Signature de Mr BRASSEUR