

# MA PERSONNE DE CONFIANCE

## Je soussigné(e):

.....

Matricule nationale:

.....

Demeurant à:

.....

## Désigne en tant que personne de confiance:

Nom et prénom:

.....

Matricule nationale:

.....

Demeurant à:

.....

E-Mail:

.....

Téléphone:

.....

Pour le cas où je ne serais ni en mesure d'assimiler les informations nécessaires par rapport à mon état de santé ni d'exprimer ma volonté en vue de prendre des décisions y relatives, j'autorise ma personne de confiance d'exprimer ma volonté et de prendre les décisions nécessaires. Le secret professionnel ne pourra pas lui être opposé et elle a accès à mon dossier patient. Cette mission vaut pour toute situation, dans laquelle je ne pourrais plus exprimer ma volonté.

Date et signature:

.....

En tant que personne de confiance désignée par Madame, Monsieur .....  
je suis d'accord d'accepter cette mission.

Date et signature:

.....

*Selon l'article 12 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient; cette personne de confiance vaut également pour la directive anticipée (loi soins palliatifs du 16 mars 2009) et pour les dispositions de fin de vie (loi euthanasie du 16 mars 2009).*