



Loi du 04/04/2002 relative aux droits du malade
Article L.1111-6 du code de la santé publique

CENTRE HOSPITALIER Max QUERRIEN

CS 20091

22501 PAIMPOL Cedex

☎ 02 96 55 60 00

**FORMULAIRE
DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné(e) :

Né(e) le à

Domicilié(e) :,

patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Paimpol, désigne en qualité de
« PERSONNE DE CONFIANCE », durant cette hospitalisation :

NOM :

Prénom :

Né(e) le à

Domicilié(e) :

Lien :

J'ai informé cette personne de sa désignation en qualité de « personne de confiance » pour la durée
de mon hospitalisation.

Date :

Signature :

Ce document, à compléter et signer, est à remettre au personnel soignant de l'unité dans laquelle vous êtes
hospitalisé(e), l'équipe médicale et paramédicale en sera informée. Il sera annexé à votre dossier médical.