

Cadre réservé à l'établissement

Etiquette Patient

1 / CONSENTEMENT ECLAIRE

Vous êtes la PERSONNE SUBISSANT L'INTERVENTION ou RECEVANT LES SOINS :

Nom :

Prénom :

Fait le :

Signature précédée de la mention « *J'accepte les soins proposés* »

2 / AUTORISATION D'OPERER POUR MINEUR / MAJEUR PROTEGE

Cf Livret Accueil, page 4.

Nom et prénom de l'enfant ou de la personne sous votre tutelle :

.....

Pour les enfants mineurs, la signature des deux parents est obligatoire pour admettre l'enfant dans l'établissement.

Pour les personnes sous tutelle, la signature du tuteur est obligatoire.

Prévoir une copie des cartes d'identité des parents et de l'enfant ou une copie du livret de famille.

Signataire :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Fait le :

Signataire :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Fait le :

Signature(s) précédée(s) de la mention
« *J'autorise les soins proposés* »

Signature(s) précédée(s) de la mention
« *J'autorise les soins proposés* »

Attention, en cas d'absence des deux signatures, l'enfant mineur ne sera pas pris en charge.

Merci de remplir au dos.

3 / PERSONNE DE CONFIANCE (sauf pour les mineurs et personnes sous tutelle)

Cf Livret Accueil, page 4.

Je, soussigné(e),

ne souhaite pas désigner de personne de confiance

souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : Prénom :

Téléphone : Adresse :
.....

Signature de la personne de confiance :

4 / PERSONNE A PREVENIR (Rubrique Obligatoire)

Cf Livret Accueil, page 4.

Nom : Prénom :

Téléphone :

Lien : Famille Ami Tuteur Curateur

Fait le :

Signature du patient

5 / DIRECTIVES ANTICIPEES

Cf Livret Accueil, page 4.

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Directives anticipées :

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées :

Merci de remplir au dos.