

FORMULAIRE DROITS DU PATIENT

MERCI DE COMPLETER CETTE FICHE ET DE LA REMETTRE DANS LE SERVICE
LE JOUR DE VOTRE ADMISSION

VOS DROITS

DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE¹

Je soussigné(e) :

NOM de naissance : Prénom :

NOM marital :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Choisis de désigner ma personne de confiance :

Pour la durée de mon hospitalisation pour toutes mes hospitalisations au G.H.B.S.

NOM de naissance : Prénom :

NOM marital :

Adresse détaillée :

Code postal |__|__|__|__|__| Localité

Téléphone : Domicile |__|__|__|__|__| Portable |__|__|__|__|__|

Décide de ne pas désigner de personne de confiance

Lorient le/...../20.....

Signature

Signature de la personne de confiance

(1) cf. Fiche INFORMATION SUR VOS DROITS 1

FAIRE CONNAITRE VOS DIRECTIVES ANTICIPEES²

Je **n'ai pas rédigé de directives anticipées** et ne souhaite pas le faire

Je **souhaite avoir des informations** sur les directives anticipées avec un professionnel de l'établissement

J'**ai rédigé et remis des directives anticipées**

au médecin hospitalier qui me suit

à mon médecin traitant

à ma personne de confiance

Lorient le/...../20.....

Signature

(2) cf. Fiche INFORMATION SUR VOS DROITS 2

TOURNEZ S.V.P. ⇨

VIE QUOTIDIENNE AU GHBS

DEPOT DE VALEURS

Je soussigné(e) :

NOM de naissance : Prénom :

NOM marital :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Les établissements de santé ne sont pas responsables en cas de perte ou de détérioration des objets personnels des patients qui sont conservés dans leur chambre¹. Nous vous invitons donc à ne pas conserver d'objet de valeurs et à déposer votre argent liquide et vos bijoux au coffre de l'établissement.

Déclare :

avoir pris connaissance de l'information concernant le dépôt d'argent et des objets de valeur au coffre de l'établissement

déposer les objets et valeurs en ma possession pendant mon hospitalisation ou dégager la responsabilité de l'établissement en cas de disparition ou détérioration de ces objets.

Lorient le/...../20.....

Signature

PATIENT PORTEUR D'UN DISPOSITIF MEDICAL

Lunettes

Prothèse dentaire : Haut Bas

Prothèse auditive : Gauche Droite

ENTOURAGE DU PATIENT

A DOMICILE

• En couple, en famille • Seul(e)

• Famille/Voisins à proximité

• Pas d'aide à proximité

Merci de préciser si le patient a des :

Jeunes enfants Adolescents

Enfants majeurs

AIDE A DOMICILE

Aides actuelles au domicile :

• Ménage • Repas • Soins

Service d'aide à domicile :

Nom :

AMBULANCIER (ambulances, VSL, taxi)

Privé

Public

Nom : Téléphone : | _ . _ | _ . _ | _ . _ | _ . _ | _ . _ |

¹ Loi du 6 juillet 1992 et Décret du 27 mars 1993 relatifs à la responsabilité des établissements de santé à l'égard des biens des personnes hospitalisées.