

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.