

Vos droits

dans les cliniques et hôpitaux privés



Personne de confiance

Vous avez été pris en charge par un hôpital privé ou une clinique privée, vous pouvez désigner une personne de confiance au cours de votre hospitalisation, si vous êtes majeur.



+ Le rôle de la personne de confiance

- Si vous le souhaitez, la personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches, assister aux entretiens médicaux et vous aider dans les décisions à prendre.
- Si vous le décidez, et seulement si vous le précisez la personne de confiance peut avoir accès à votre dossier médical.
- Si votre état de santé ne permet pas que vous soyez consulté pour donner votre avis à votre médecin, la personne de confiance sera en charge de le faire pour vous, selon vos souhaits exprimés auparavant.
- Lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, la personne de confiance se substitue à vous concernant la limitation ou l'arrêt de traitement [article L.1111-4 du Code de la santé publique].

+ Le choix de la personne de confiance

Vous pouvez désigner :

- Une personne de votre entourage qui accepte de remplir ce rôle (parent, conjoint, proche)
ou
- Votre médecin traitant

Selon votre choix, la personne de confiance que vous avez désignée peut être la même personne que celle que vous avez désignée comme « personne à prévenir », mais si vous le souhaitez, la personne de confiance peut être une personne différente de la « personne à prévenir ».

Les conditions à remplir pour le choix de la personne de confiance

- Vous devez informer la personne désignée de son rôle en tant que personne de confiance, avec les limites que vous avez définies (par exemple avec ou non la possibilité d'avoir accès à votre dossier médical) et obtenir son accord.
- Vous pouvez désigner la personne de confiance pour la durée de votre hospitalisation, ou pour plus longtemps si vous le souhaitez.
- Vous devez informer l'hôpital privé ou la clinique privée dans lequel vous êtes hospitalisé de la désignation de la personne de confiance uniquement par écrit.
- Vous trouverez ci-joint un **modèle-type de désignation de personne de confiance** à remettre à l'établissement.
- Vous pouvez annuler votre choix, à tout moment, en informant par écrit, l'hôpital privé ou la clinique privée dans lequel vous êtes hospitalisé, soit pour annuler votre désignation, soit pour remplacer la personne désignée comme personne de confiance par une autre personne.

Le cas où vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance :

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

À noter

- La lettre de désignation de la personne de confiance sera intégrée dans votre dossier d'hospitalisation.
- Vous pouvez décider pour certaines informations jugées par vous comme confidentielles seront non communicables à la personne de confiance. Pour cela il faudra l'indiquer précisément sur la lettre de désignation ci-jointe et en faire part à votre médecin.
- Vous pouvez confier à la personne de confiance vos directives anticipées si vous les avez rédigées.



Fédération de l'Hospitalisation privée
106 rue d'Amsterdam
75009 Paris

Avril 2017

Contact : Dominique-Chantal Dorel

Directrice

Tél. 01 53 83 56 54 - dominique.dorel@fhp.fr

Relations
usagers



FHP FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE



Demande de désignation d'une personne de confiance

Si vous souhaitez modifier la désignation de la personne de confiance, vous pouvez demander un nouveau formulaire de désignation d'une personne de confiance auprès de l'hôpital ou de l'établissement privé.

Je soussigné(e) :

Monsieur, Madame [NOM, prénom] :

Adresse postale :

CP : Ville :

Téléphone : Email :

Désigne, Monsieur, Madame :

Monsieur, Madame [NOM, prénom] :

Adresse postale :

CP : Ville :

Téléphone : Email :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance (cocher la case correspondante à votre choix)

- Pour la durée de mon hospitalisation
- Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que Monsieur Madame

Pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches, m'assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans les décisions à prendre.

Pourra être consulté(e) dans le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevra l'information à ma place.

J'ai informé Monsieur Madame
que je l'ai désigné(e) comme personne de confiance.

- Monsieur Madame
ne recevra pas d'informations que j'ai jugées comme confidentielles indiquées au médecin et ce dont j'ai informé l'établissement .

Fait à

Le

Signature du demandeur :

Signature de la personne
de confiance :

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoign 1

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

• **Atteste que** la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée

de M. / Mme

• **Atteste que** M. / Mme lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées que si un jour elle n'est en état de d'exprimer : Oui Non

• **Atteste que** M. / Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait à

Le

Signature de la personne
de confiance (optionnel) :

Signature du témoin :

Témoign 2

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

• **Atteste que** la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée

de M. / Mme

• **Atteste que** M. / Mme lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées que si un jour elle n'est en état de d'exprimer : Oui Non

• **Atteste que** M. / Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait à

Le

Signature de la personne
de confiance (optionnel) :

Signature du témoin :