

**Désignation d'une ou plusieurs PERSONNE(S) DE  
CONFIANCE**

(article 11/1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient telle que  
modifiée par la loi du 6 février 2024)

Je soussigné(e) ..... né(e) le ..... désigne la/les personne(s)  
cité(s) ci-dessous comme personne(s) de confiance qui peut/peuvent également, en dehors de ma  
présence, exercer les droits suivants :

• **Le droit à l'information (art. 7 §1er & art. 8 §2) :**

Nom de la personne de confiance concernée : .....

Période (déterminée ou indéterminée): .....

Nom du professionnel des soins de santé concerné (p. ex médecin généraliste) : .....

.....

◆ **Le droit de consultation du dossier médical (art. 9 §2) :**

Nom de la personne de confiance concernée : .....

Période (déterminée ou indéterminée): .....

Nom du professionnel des soins de santé concerné (p. ex médecin généraliste) : .....

.....

◆ **Le droit d'obtenir une copie du dossier médical (art. 9 §3) :**

Nom de la personne de confiance concernée : .....

Période (déterminée ou indéterminée): .....

Nom du professionnel des soins de santé concerné (p. ex médecin généraliste) : .....

.....

◆ **Données personnelles du patient :**

- Nom et prénom :

- Adresse :

- Numéro de téléphone :

- Date de naissance :

◆ **Données personnelles de la personne de confiance (1):**

- Nom et prénom :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

◆ **Données personnelles de la personne de confiance (2):**

- Nom et prénom :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

◆ **Données personnelles de la personne de confiance (3):**

- Nom et prénom :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à ....., le .....

Signature du patient :

- J'accepte ma désignation de personne de confiance comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour les droits où ce dernier a donné accord ci-avant chez le professionnel des soins de santé désigné, sans la présence du patient.

Fait à....., le.....

Signature de la/des personne(s) de confiance:

**Recommandation :** Il est recommandé de rédiger ce formulaire en autant d'exemplaires qu'il y a de parties impliquées, c'est-à-dire un pour chaque personne de confiance désignée, un pour le patient ainsi qu'un le professionnel des soins de santé chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

**Information :** Le patient peut à tout moment faire savoir au professionnel des soins de santé que la/les personne(s) de confiance ne peut/peuvent plus agir comme repris ci-dessus.