

Identification du patient : étiquette avec Code-Barres ou compléter ci-dessous

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Information : Le patient peut à tout moment faire savoir au professionnel des soins de santé ou au médiateur que la personne de confiance ou le mandataire ne peut plus agir comme repris ci-dessus.

Formulaire de révocation

d'une PERSONNE DE CONFIANCE ou d'un MANDATAIRE

**Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient
(révisée en 2024 et entrée en vigueur au 4 mars 2024)**

Je soussigné(e), (nom et prénom), né(e) le / / révoque par la présente, en date du / / la personne citée ci-dessous que j'ai désignée antérieurement comme :

- personne de confiance
- mandataire

• Données personnelles de la personne révoquée :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

Fait à, le

Signature du patient :

Recommandation :

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le Ce document sera scanné dans le dossier médical informatisé du patient.

