

**Exemple de formulaire de désignation du
REPRESENTANT**
dans le cadre de l'exercice des DROITS DU PATIENT
Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 14, §1/1)

Je soussigné(e) (nom et prénom du patient)
désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas capable d'exercer moi-même mes droits de patient, tels que décrits dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

• Données personnelles du patient :

- Adresse e-mail ou adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

• Données personnelles du REPRESENTANT DESIGNÉ :

- Nom et prénom :
- Adresse e-mail et adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation de représentant telle que visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits de patient lui-même.

Fait à, le (date)

Signature du représentant désigné :

Suite page 2 (à remplir de manière facultative)

A remplir de manière facultative (sans aucune obligation)

Je soussigné(e) (nom et prénom du patient)
désigne, selon l'ordre successif déterminé ci-dessous, l'(es) autre(s) personne(s) suivante(s) comme éventuel futur représentant dans le cadre de mes droits de patient, pour le cas où la personne désignée ci-dessus (à la page 1) ferait défaut.

Cela peut être notamment le cas si le représentant désigné ci-dessus ne souhaitait explicitement plus intervenir comme représentant (pour une période déterminée ou de manière définitive); s'il n'était lui-même plus capable d'exercer mes droits du patient en mon nom ou s'il était décédé.

1. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant:

-
- Adresse e-mail ou adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date),

Signature du patient :

J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.

Fait à, le (date),

Signature de l'éventuel futur représentant :

2. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant:

-
- Adresse e-mail ou adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.

Fait à, le (date),

Signature de l'éventuel futur représentant :

3....

4....