

Mandat de désignation en qualité de personne de confiance

Je soussigné (e) _____

Matricule national _____

Demeurant à _____

L- _____

Conformément à :

- **La loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie** et plus précisément au Chapitre II de la volonté de la personne en fin de vie et de la directive anticipée (Art 4 à 8)
- **La loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide** et plus précisément au Chapitre III des dispositions de fin de vie (Art 4.1)
- **La loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation**, dans le domaine de la santé et plus précisément à la Section 2 représentation du patient (Art 12)

- 1) Je déclare **avoir la pleine capacité de discernement et de consentement.**
- 2) Je déclare **agir librement sans contrainte ni emprise.**
- 3) Je déclare **être parfaitement informé (e)**, que le **présent mandat peut être révoqué** à tout moment de ma part, sans justification.

4) Je désigne en qualité de personne de confiance :

Nom : _____

Prénom (s) : _____

Matricule national : _____

Demeurant à : _____

L- _____

**5) Je donne mandat exprès à (Nom et prénom (s)) _____
qui devra agir dans mon unique intérêt :**

- a) dans le cadre de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie en exprimant ma volonté auprès du professionnel de santé compétent, dans la mesure où je ne serai plus en état de le faire,
- b) dans le cadre de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide en exprimant ma volonté auprès du professionnel de santé compétent selon les dernières déclarations que je lui ai faites.
- c) dans le cadre de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation :
 - en exprimant ma volonté si je suis dans l'impossibilité temporaire ou permanente de le faire et en recevant l'information nécessaire à la prise de décision relative à ma santé, conformément aux articles 8, 15 et 16 de la loi précitée,
 - en consultant mon dossier médical, sans que le secret médical ne puisse lui être apposé.

à _____ le _____
(Lieu) (date)

Signature

Dans l'hypothèse où je ne suis pas en mesure de rédiger et signer moi-même, le présent mandat de désignation en qualité de personne de confiance de (Nom et Prénom (s)) _____, deux témoins attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Témoin 1 :

Nom, prénom (s) : _____

Adresse : _____

L- _____

Signature

Date : _____

Témoin 2 :

Nom, prénom (s) : _____

Adresse : _____

L- _____

Signature

Date : _____