



DESIGNATION REPRESENTANT LEGAL
Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient telle que
modifiée par la loi du 6 février 2024 (art 14)

Le représentant est défini comme la personne qui exerce les droits à la place du patient incapable.

*Il doit exercer les droits du patient **dans l'intérêt** de ce dernier et **conformément aux valeurs, aux préférences en matière de soins actuels et futurs et aux objectifs de vie exprimés par le patient. Il associe le patient autant que possible** et proportionnellement à ses facultés de compréhension. Le mandat doit être daté et signé par le patient et le représentant. Merci de remettre le formulaire au service des admissions une fois signé par les deux parties. Il sera ajouté à votre dossier médical. Gardez une copie de ce document et remettez-en une à représentant. Vous pouvez à tout moment changer de représentant en rédigeant un nouveau formulaire et en le remettant à un membre du personnel administratif ou soignant du CHIREC.*

Je soussigné(e),(nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme mon représentant dans le cas où je ne serais pas moi-même capable d'exercer mes droits.

Celle-ci pourra prendre les décisions à ma place, conformément aux prescrits du paragraphe 2 de l'article 14 de la loi sur les droits du patient telle que modifiée par la loi du 6 février 2024.

Cette personne peut en outre :

- ☐ Recevoir toutes les informations utiles sur mon état de santé ☐ OUI ☐ NON
pouvant l'aider à prendre des décisions me concernant
- ☐ Demander l'accès à mon dossier médical suivant la procédure en ☐ OUI ☐ NON
vigueur à l'Hôpital (Disponible sur le site internet de l'hôpital :
<http://fr/chirec.be/acces-aux-dossiers-medicaux> ou auprès de la direction
médicale de site)

■ **Identité du patient :**

- Adresse :
- Numéro national :
- Numéro de tél. (GSM) :

■ **Identité du représentant :**

- Nom et prénom :
- Adresse:
- Lien de parenté (*le cas échéant*) ou autre lien avec le patient :
- Numéro de tél.(GSM): Date de naissance :
- Mail :

Fait à, le

Signature du patient

Signature du Représentant

****Ce document n'a valeur juridique que s'il est daté et signé.***