

Révocation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 7 § 2, art. 9 § 2, art. 9 § 3)

Je soussigné(e), , (nom et prénom du patient), révoque par la présente la personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme personne de confiance le/...../.....

Données personnelles du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Numéro d'identification au registre national :

Données personnelles de la personne de confiance révoquée :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :Date de naissance :

Fait à le (Date) - Signature du patient :

Recommandation : Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.

Ce formulaire est à rendre au personnel de l'unité de soins lors de votre hospitalisation
OU A déposer au service des admissions lors de votre inscription
OU à faire parvenir au secteur « gestion des dossiers médicaux » en dehors d'une hospitalisation

SIME, gestion des dossiers médicaux, Domaine Universitaire du Sart Tilman B35 4000 liège
Fax 04/366 84 90 - E-mail : archives.medicales@chuliege.be

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CHU de Liège dans le cadre de la désignation de votre personne de confiance. Elles sont destinées aux prestataires de soins et aux services qui seront impliqués dans votre prise en charge. Le délai de conservation respecte les délais imposés par la loi et les dispositions réglementaires. Le patient peut à tout moment faire savoir par écrit à la direction médicale que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le délégué à la protection des données par courriel à l'adresse suivante : dpo@chuliege.be