

AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

IDENTITÉ DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Copyright Evoluprint

Nom :

Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Médecin en charge de l'hospitalisation :

Date d'hospitalisation :

LE TUTEUR

Il est rappelé que la qualité de tuteur doit être justifiée par la production de la décision de Justice n'ayant pas fait l'objet d'une révocation.

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date de l'ordonnance du juge des tutelles nommant le tuteur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à l'hospitalisation prochaine du majeur dont j'assume la tutelle désigné ci-dessus.

Fait le :

À :

Signature :

LE MAJEUR SOUS TUTELLE (LE PATIENT)

(le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision)

Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à mon hospitalisation prochaine.

Fait le :

À :

Signature :

Ce document doit être impérativement signé par le tuteur et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de la personne sous tutelle.

MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER