AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

IDENTITÉ DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

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 déclaration de Justice n'ayant pas fait l'objet d'une révocation.

Nom :.....

Nom de naissance :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Date de l'ordonannce 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'assure 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 l'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