



Nous prenons soin de vous

CLINIQUE LA PARISIÈRE

Avenue Antonin VALLON
26300 BOURG DE PEAGE
Tél. : 04 75 70 30 00
Fax : 04 75 70 80 48
<http://www.laparisiere.com>

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 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