Association Saint-Christophe

Nom et Prénom du résidant : .....

INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCOMPAGNEMENT

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons recueillir votre accord sur divers dispositifs liés à l'aspect de votre vie privée. Si le résident n'est pas en mesure d'exprimer ses souhaits c'est la personne de confiance qui remplit ce document. Aussi, nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

IMAGE ET CONFIDENTIALITE :

➢ Acceptez-vous que votre nom figure à l'entrée de l'établissement sur un tableau d'affichage ?

❑ OUI ❑ NON

➢ Acceptez-vous d'être pris en photo et que celle-ci apparaisse au sein de l'établissement ?

❑ OUI ❑ NON

➢ Acceptez-vous que votre photo apparaisse dans la presse?

❑ OUI ❑ NON

EN CAS D'HOSPITALISATION :

➢ Quel est votre choix d'établissement :

❑ Sarrebourg ❑ Saverne

❑ Sans importance ❑ Autre :.....

Votre choix sera respecté dans la mesure où l'établissement peut :

- ☞ vous accueillir (suffisamment de places),
- ☞ que votre état de santé permette un déplacement plus long et /ou demande une prise en charge dans un établissement spécialisé
- ☞ que l'établissement choisi ne sollicite pas de déplacement disproportionné par rapport à l'affectation dont vous souffrez et n'empêche pas le bon déroulement des autres secours à personne.

Le résident n'étant pas en mesure de répondre aux questions et d'exprimer ses souhaits, c'est la personne de confiance qui remplit ce document :

Nom et Prénom de la personne de Confiance: .....

Date : .....

Signature du Résident : Signature de la personne de Confiance: