

## NOMINATION DE REPRÉSENTANT/S THÉRAPEUTIQUE/S

Je soussigné(e), (NOM et PRENOM du résident) :

---

Né(e) le :

---

Hébergé(e) à :

---

désigne par la présente

Madame/Monsieur :

---

Adresse :

---

Lieu :

---

Téléphone :

---

Lien de parenté :

---

### EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT/E THÉRAPEUTIQUE

pour s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à m'administrer et décider en mon nom au cas où je deviendrais incapable de discernement (art. 370 du Code civil).



HOME  
PFLEGEHEIME



SPITEX



FOYER DE JOUR  
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE  
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36  
3280 Murten

T 026 672 34 00  
koordination@rsl-gns.ch

**Remarques :**

Le résident peut donner des instructions au représentant thérapeutique sur le type de soins qu'il souhaite (ou non) recevoir (cf. directives anticipées).

Le résident peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où le représentant thérapeutique désigné déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

Le représentant thérapeutique agit conformément aux intérêts objectifs du résident, en tenant compte de sa **volonté présumée** (art. 51 Loi sur la santé).

La durée de la présente procuration n'est pas limitée. Elle est valable si le mandant et le mandataire ont la capacité de discernement au moment de la signature du document.

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



HOME  
PFLEGEHEIME



SPITEX



FOYER DE JOUR  
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE  
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36  
3280 Murten

T 026 672 34 00  
koordination@rsl-gns.ch