DOCUMENT A REMETTRE A VOTRE ENTREE DANS LE SERVICE DE SOINS

Clinique de la Marche

57 Avenue du Berry – 23 000 GUERET
Tel: 05-55-51-89-10
Fax: 05-55-51-88-99

Nom du patient : Date de naissance :

. . / . . / . . . .

Nom de jeune fille du patient :

Prénom du patient :

Date d'intervention : . . / . . / . . . .

AUTORISATION D'OPÉRER ET D'ANESTHÉSIER POUR UN ADULTE INCAPABLE MAJEUR

Je soussigné (e) : _____
tuteur (trice) ou curateur (trice) (joindre une copie de la décision de justice et indiquer la qualité)
étant habilité à donner cette autorisation (_____)
donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation pour :

NOM : _____Prénom _____

Date de naissance _____

Avis du patient si possible _____

A Guéret, le _____

Signature du (de la) tuteur (trice) ou du (de la) curateur (trice)

OBSERVATIONS