



COLLER UNE ETIQUETTE DU PATIENT

HAD-IT-PEC-0049c

ACCORD DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur :

Coordonnées téléphoniques :

Cabinet : /___/___/___/___/___/ Portable : /___/___/___/___/___/

Médecin traitant de Mr, Mme :

donne mon accord pour sa prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD).

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE :

Je désigne comme mon remplaçant éventuel le Docteur :
.....

Coordonnées téléphoniques :

Cabinet : /___/___/___/___/___/ Portable : /___/___/___/___/___/

Etant entendu que s'il n'était pas joignable, l'HAD fera appel aux services d'urgences habituels.

AVEC NOS REMERCIEMENTS

Document à transmettre au secrétariat HAD SSBDR
(Par les soignants, courrier et/ou fax)