



## Accord du médecin traitant

Référence : SSBDR-DPA-ENR-006

Version : 001

Page 1

Mise en application : 16/06/2022

Type de document : Enregistrement SSBDR  
Structure : HAD

Processus : Dossier du patient

*Etiquette  
Patient*

Je soussigné(e), Docteur : .....

Médecin traitant de Mr/Mme ..... donne mon accord pour sa prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD)

### Coordonnées téléphoniques :

Téléphone cabinet : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Téléphone portable : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Fait à ..... Le ...../...../.....

SIGNATURE ET TAMPON :

Je désigne comme mon remplaçant éventuel le Docteur :

.....

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

### Coordonnées téléphoniques :

Téléphone cabinet : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Téléphone portable : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

## AVEC NOS REMERCIEMENTS

**Hospitalisation A Domicile**  
Santé et Solidarité des Bouches du Rhône  
13 rue Nicolas Copernic  
13200 Arles  
☎ 04 42 49 91 65 ☎ 04 42 42 8602  
✉ [had-direction@sante-solidarite-bdr.fr](mailto:had-direction@sante-solidarite-bdr.fr)

**Service de Soins Infirmiers à Domicile**  
Santé et Solidarité des Bouches du Rhône  
24 Rue Beauvau  
13001 Marseille  
☎ 04 91 58 01 27 ☎ 04 91 67 04 73  
✉ [ssiad-direction@sante-solidarite-bdr.fr](mailto:ssiad-direction@sante-solidarite-bdr.fr)