



L'expertise des soins complexes  
et coordonnés à domicile

## CONSETEMENTS DU PATIENT

Mme, M. ....  
Né(e) le .....  
Domicilié(e) .....

---

Madame, Monsieur,

En accord avec votre médecin traitant, vous allez bénéficier d'une prise en charge en Hospitalisation A Domicile. La durée de votre prise en charge sera régulièrement réévaluée par l'équipe de l'HAD selon une décision conjointe entre votre médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'HAD. Les informations relatives à cette prise en charge sont contenues dans le livret d'accueil du patient qui vous a été remis dès votre admission.

---

Mme, M. ....

Accepte<sup>1</sup> :

- Les conditions de prise en charge par l'établissement d'HAD y compris le traitement de mes données personnelles conformément aux informations complémentaires du livret d'accueil.
- La prise de photographies à usage strictement médical durant mon séjour en HAD.

Fait en deux exemplaires<sup>2</sup> à ....., le : .....

Signature

**24h sur 24, vous pouvez joindre un membre de l'équipe HAD.**

---

<sup>1</sup> Cochez-la(les) case(s) correspondant à votre accord

<sup>2</sup> Un vous est laissé, le second est conservé par l'HAD