

	<p>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MÉDICAL</p> <p>DU MÉDECIN TRAITANT</p> <p>POUR UNE HOSPITALISATION À DOMICILE DE SA PATIENTE</p>
---	---

Je soussigné Docteur

Accepte la prise en charge en hospitalisation à domicile dans le service de l'HADALU du Centre hospitalier de Lunéville

de

Accepte d'intervenir en tant que médecin traitant dans le cadre de l'hospitalisation à domicile à partir du

Reconnaît avoir pris connaissances des différents documents remis par HADALU dont le règlement intérieur.

Signature et cachet du médecin traitant