

	<b>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MÉDICAL</b> <b>DU MÉDECIN TRAITANT</b> <b>POUR UNE HOSPITALISATION À DOMICILE DE SON PATIENT</b>
---	--

Je soussigné Dr .....

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

de M/Mme/Mlle.....

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

accepte d'être contacté en tant que premier interlocuteur médical afin d'assurer la permanence de soin ( week-ends ,jours fériés, nuits)       oui       non

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

**Date**

**Signature et cachet du médecin traitant**