



Accord du médecin traitant

Référence : SSV-DPA-ENR-006

Version : 001

Page 1

Structure HAD

Mise en application : 24/05/2022

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Dossier du patient

Coller une
étiquette du patient

Je soussigné(e), Docteur médecin traitant de Mr,
Mme.....

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

Téléphone cabinet :

Téléphone portable :

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE ET TAMPON

Je désigne comme mon remplaçant éventuel le Docteurétant entendu
que s'il n'était pas joignable, l'HAD fera appel aux services d'urgences habituels.

Téléphone cabinet :

Téléphone portable :

AVEC NOS REMERCIEMENTS

Les données personnelles recueillies rentrent dans le cadre de notre politique de protection des données personnelles et ont pour finalité la gestion de la prise en charge médicale et administrative du patient. Vous pouvez obtenir notre politique de protection des données personnelles sur simple demande. Conformément au RGPD vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer en nous contactant à l'adresse suivante HAD SSV – 1328 Chemin de la Planquette - 83130 LA GARDE

HAD TOULON
HAD BRIGNOLES
HAD LA SEYNE
HAD HYERES LA LONDE
HAD ST-MAXIMIN

☎ 04 94 27 50 50
☎ 04 94 72 40 00
☎ 04 94 87 78 09
☎ 04 22 80 13 81
☎ 04 83 67 01 70

☎ 04 94 23 72 53
☎ 04 94 72 17 06
☎ 04 94 89 19 56
☎ 04 22 80 13 82

had-toulon@wanadoo.fr
had-brignoles@sante-solidarite-var.fr
had-laseyne@sante-solidarite-var.fr
had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr
had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr