



ACCORD DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur :

.....

Coordonnées téléphoniques :

Cabinet : /___/___/___/___/___/ Portable : /___/___/___/___/___/

Médecin traitant de Mr, Mme :

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

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE :

Je désigne comme mon remplaçant éventuel le Docteur :

.....

Coordonnées téléphoniques :

Cabinet : /___/___/___/___/___/ Portable : /___/___/___/___/___/

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

AVEC NOS REMERCIEMENTS

**Document à transmettre au secrétariat HAD SSV de l'antenne concernée
(Par les soignants : courrier et/ou fax)**

Siège : Hospitalisation A Domicile Toulon

Espace France Europe 1328 Chemin de la Planquette BP 60025

83951 LA GARDE CEDEX

☎ 04 94 27 50 50 ☎ 04 94 23 72 53 📧 had-toulon@wanadoo.fr

Antenne H.A.D BRIGNOLES

Quartier St Jean R.N 7 - 83170 BRIGNOLES

☎ 04 94 72 40 00 ☎ 04 94 72 17 06

📧 had-brignoles@orange.fr

Antenne H.A.D LA-SEYNE-SUR-MER

178 Avenue Estienne d'Orves - 83500 LA-SEYNE

☎ 04.94.87.78.09 ☎ 04.94.89.19.56

📧 had-laseyne@orange.fr