
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 praticien 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.
Né(e)
Domicilié(e)

Accepte¹ :

- ☐ Les conditions de prise en charge par l'établissement d'HAD selon les informations indiquées dans le livret d'accueil que l'on m'a remis lors de mon admission. Notamment, la possibilité de transmettre mes directives anticipées, l'existence de questionnaire de satisfaction, la possibilité de contacter les représentants des usagers, etc...
- ☐ Les conditions du traitement de mes données personnelles mentionnées dans les informations complémentaires du livret d'accueil.
- ☐ La prise de photographies à usage strictement médical durant mon séjour en HAD.

Refuse :

- ☐ L'alimentation du dossier médical de [Mon Espace Santé](#) (DMP)

Fait en deux exemplaires² à, le :

Signature du patient (à défaut de la personne de confiance) :

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

¹ Cochez-la(les) case(s) correspondant à votre accord

² Un vous est laissé, le second est conservé par l'HAD