

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE
POUR UNE HOSPITALISATION
EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION FONCTIONNELLE**

Madame, Monsieur,

Vous avez été informé(e) sur votre état de santé et sur les modalités diagnostiques et thérapeutiques recommandées dans ce cas.

L'équipe médicale qui vous a suivi(e) vous a conseillé une hospitalisation en service de soins de suite et réadaptation.

Cette hospitalisation a pour but de consolider votre rétablissement, de bénéficier d'une prise en charge pluri-disciplinaire pour vous permettre de retrouver l'autonomie optimale que vous permet votre état de santé et de stabiliser votre traitement.

Ce document a pour objet de recueillir votre accord pour l'hospitalisation à la clinique de Choisy.

Par votre signature :

- *Vous vous engagez au respect du règlement intérieur de la clinique.*
- *Vous adhérez au projet de soins personnalisé consenti et partagé avec l'équipe médicale.*

En revanche votre signature ne constitue en aucune manière une décharge de responsabilité ni pour le médecin ou ni pour l'établissement.

ATTESTATION DE CONSENTEMENT D'HOSPITALISATION A LA CLINIQUE DE CHOISY LE ROI

Je reconnais que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, et que je comprends le contenu de ce document.

Fait à _____

Le __ / __ / ____

Identité du patient	Signature du patient
<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : __ / __ / ____</p>	