



CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Par la présente, je _____, consens d'une façon libre et éclairée, à ce que tous les renseignements que j'ai communiqués au Centre Dentaire Pierrefonds Inc soient consignés dans un dossier qui sera créé en tant que patient(e) de la clinique. Je suis conscient(e) que le dossier qui sera constitué sera accessible à tout le personnel du Centre Dentaire Pierrefonds Inc.

Par la présente, je _____, consens de façon libre et éclairée, à ce que le Centre Dentaire Pierrefonds transmette toute information nécessaire à un tiers à des fins de diagnostique, avis professionnel, référence.

J'autorise le transfert de mes informations

à un autre professionnel de la santé

à une autre clinique dentaire

aux assurances

Le Centre Dentaire Pierrefonds pourrait utiliser certaines images comme les radiographies et/ou photo-sourire à des fins de formation, d'éducation et présentation de cas.

En aucun cas la divulgation de ces informations pourrait de façon directe et/ou indirecte permettre à qui que ce soit de vous identifier.

Autorisez-vous l'utilisation de ces informations ? _____