



LOI SUR LA PROTECTION DES
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Consentement du patient à la communication de renseignements personnels
(art. 13 et 18 à 18.4)

1. Je, soussigné(e) _____, consens à ce que les renseignements personnels détenus à mon sujet par le Dre. Louise Marcotte, chiropraticien, (ou par la Clinique OrthoChiro) soient accessibles aux personnes suivantes :
- a. À moi-même ou à mon représentant légal ;
 - b. Aux membres du personnel de la Clinique OrthoChiro en ayant besoin dans le cadre de leurs fonctions ;
 - c. À toute personne autorisée par la loi à avoir accès à ces renseignements ;
 - d. À une entité impliquée dans des activités de recherche, d'étude, de production de statistiques ou nécessaire à une transaction commerciale impliquant la Clinique OrthoChiro ou le cabinet du Dre. Louise Marcotte;
 - e. À toute autre personne à qui j'aurai autorisé l'accès aux renseignements contenus dans mon dossier, par écrit et de façon spécifique.
2. Je comprends que les renseignements personnels ci-haut mentionnés peuvent être communiqués sans mon consentement aux autres personnes et aux organismes mentionnés aux articles 18 à 18.4 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

DATE : _____

SIGNATURE
DU PATIENT : _____

NOTE : En vertu de la norme de l'OCQ, le présent consentement doit être signé par le patient lors de l'ouverture de son dossier, à tous les deux (2) ans ainsi qu'au retour du patient au cabinet du chiropraticien après une absence de _____.