



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 \_\_\_\_\_.