



Consentement à la divulgation, à la consultation et à la cueillette de renseignements

Acupuncture HomeostaQi

À compléter uniquement si vous souhaitez autoriser le partage d'information entre votre acupuncteur et un autre professionnel de la santé (médecin, physiothérapeute, etc.). Formulaire basé sur le modèle de l'Ordre des acupuncteurs du Québec.

1. Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance : ____ / ____ / ____ (j / m / a)

Adresse : _____

Téléphone : _____

2. Identification de l'acupuncteur traitant

Nom : Daniel Simoneau Drolet Titre : Acupuncteur (Ac.) No de permis OAQ : A-011-26

3. Identification du professionnel visé par la divulgation

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Clinique / établissement : _____

Téléphone : _____

4. Identification de la personne habilitée à consentir (si patient inapte ou mineur de moins de 14 ans)

Nom : _____ Prénom : _____

Titre / lien avec le patient : _____

5. Autorisation

J'autorise l'acupuncteur traitant identifié ci-dessus à divulguer au professionnel ci-haut identifié les renseignements nécessaires et pertinents à la poursuite des soins qui me sont prodigués, pour la raison de consultation suivante :

Je consens également à ce que ce professionnel recueille ces informations et, le cas échéant, qu'il en transmette à mon acupuncteur traitant.

☐ J'accepte que mon consentement soit valide pour toute la durée d'un épisode de soins ne dépassant pas 6 mois.

Date d'expiration du consentement : ____ / ____ / ____ (j / m / a)

Signature

Signature du patient ou de la personne habilitée : _____

Date : ____ / ____ / ____

Ce consentement peut être retiré en tout temps par écrit. Vos renseignements personnels sont traités conformément à la Loi 25 et au Code de déontologie des acupuncteurs.