



SENIOR MOBILE
DENTAL SERVICES

+1613 854 8007

info@seniordental.ca

www.seniordental.ca

Formulaire d'autorisation pour la divulgation des dossiers dentaires:

Informations sur les patients:

Nom et prénom:

Date de naissance:

Nom de l'installation:

Adresse de l'installation:

Informations sur la Procuration/ Famille (Si le patient n'est pas son propre procureur):

Nom et prénom:

Adresse:

Numéro de téléphone: _____ Cellulaire: _____ Travail: _____

Cabinet de dentiste précédent:

Nom du dentiste :

Adresse:

Numéro de téléphone: _____

Le but de cette autorisation est de permettre le transfert des dossiers dentaires du patient à :

Nouveau cabinet de dentiste:

Nom: Farideh Ali-Mohammadi (DDS)

Adresse: 368 Sweetflag Street Nepean Ontario K2J 5Y7

Numéro de téléphone: +1 613 854 8007

E-mail: dr.ali@seniordental.ca

Cette autorisation permet spécifiquement la divulgation des dossiers dentaires suivants:

- Documents radiographiques
- Historique des traitements
- Dossiers diagnostiques (incluant les modèles, les photographies et les graphiques)
- Toute autre information pertinente liée aux soins dentaires du patient

Je comprends que les renseignements divulgués en vertu de cette autorisation peuvent être protégés par la Loi de 1991 sur la dentisterie, y compris, entre autres, la (HIPAA), la (PHIPA) et la (PIPEDA).

Cette autorisation restera valide sauf révocation écrite par la la procuration/ famille. Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette autorisation en tout temps, sauf dans la mesure où des mesures ont été prises en fonction de celle-ci.

Signature de la Procuration/ Famille :

Date:
