



# Centre dentaire Ogilvie Dental

## Référence à la clinique

Qui pouvons-nous remercier de vous avoir recommandé notre clinique?

Patient  Membre de famille  Ami  Collègue de travail  Emplacement/enseigne  Circulaire  
 Pages Jaunes  Affiche aimantée  Internet /Google, svp spécifier: \_\_\_\_\_

Nom de la personne vous ayant recommandé notre clinique : \_\_\_\_\_

## Information au sujet de l'assurance

### Primaire

Nom de l'abonné: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance: \_\_\_\_\_

# groupe/plan: \_\_\_\_\_

# d'identité de l'assurance: \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_

Relation avec l'abonné: \_\_\_\_\_

Moi-même  Conjoint(e)  Enfant

Autre: \_\_\_\_\_

### Secondaire

Nom de l'abonné: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_

# groupe/plan: \_\_\_\_\_

# d'identité de l'assurance : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_

Relation avec l'abonné: \_\_\_\_\_

Moi-même  Conjoint(e)  Enfant

Autre : \_\_\_\_\_

## Consentement pour les services

### Conditions de paiement

Au centre dentaire Ogilvie nous demandons le paiement complet le jour du service offert. Si vous avez de l'assurance dentaire, il nous fera plaisir de soumettre électroniquement votre demande à votre assureur, qui vous remboursera par la suite. Veuillez noter que vous êtes tout de même responsable de payer les soins prodigués. Sur demande, une estimation des coûts pour tout service proposé peut vous être fournie, ou soumise à votre assurance.

### Annulation de rendez-vous

Afin de maintenir la meilleure qualité de soins pour nos patients, nous exigeons deux jours ouvrables d'avis pour toute annulation. Si deux rendez-vous sont annulés ou manqués sans les deux jours ouvrables de préavis, un frais de 50\$ vous sera facturé. Cela va de même pour tout autre rendez-vous subséquent manqué ou annulé.

J'ai lu et je comprends les conditions ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient, parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relation avec le patient

# Centre dentaire Ogilvie Dental

## Confidentialité de l'information personnelle/Formulaire de consentement du patient

- Seulement l'information nécessaire sera recueillie.
- Nous partageons seulement de l'information à votre sujet avec votre consentement.
- L'entreposage, la protection et la destruction de vos renseignements personnels sont conformes à la loi, au protocole de la protection privée et avec le Collège Royal des dentistes de l'Ontario (RCDSC).
- Plusieurs mesures ont été mises en place afin de protéger vos renseignements.
- N'hésitez pas à discuter de nos méthodes avec le dentiste ou tout autre membre du personnel.

### **Comment notre clinique recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels des patients**

La clinique recueille, utilise et divulgue les renseignements à votre sujet pour les raisons suivantes :

- Afin de communiquer avec d'autres professionnels de la santé que vous consultez, incluant des spécialistes et d'autres dentistes généralistes.
- Afin d'envoyer des soumissions dentaires aux agences appropriées, par exemple: les compagnies d'assurance dentaires.

Notre clinique ne fournira pas votre histoire médicale confidentielle à votre compagnie d'assurance sans votre consentement. Si une telle requête nous est faite, nous vous contacterons afin d'obtenir votre permission avant de divulguer cette information. Nous vous aviserons également dans le cas où une telle divulgation serait inappropriée.

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels en tout temps. Nous vous expliquerons les conséquences et ramifications de cette décision ainsi que le processus qui en découlera.

### **Consentement du patient**

J'ai révisé l'information ci-dessus expliquant la façon dont la clinique utilise et protège tout renseignement personnel.

J'accepte que Dr. Patrick Miron, en tant que directeur de cette clinique dentaire, recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels pour les fins précitées.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient, parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Relation avec le patient

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Témoïn