

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

Notre cabinet considère la protection de vos renseignements personnels comme un aspect important de la prestation de soins dentaires de qualité. Nous reconnaissons l'importance de protéger vos renseignements personnels et nous nous engageons à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels de façon responsable. Nous voulons également être aussi ouverts et transparents que possible dans la manière dont nous traitons ces renseignements. Il nous importe d'offrir un tel service à nos patients.

Dans notre cabinet, le Dr. George Limantzakis agit à titre d'agent des renseignements personnels.

Tous les membres de notre cabinet qui prennent connaissance des renseignements que vous nous avez divulgués sont conscients du caractère délicat de ceux-ci; aussi ont-ils reçu une formation sur la manière d'utiliser et de protéger adéquatement ces renseignements.

Le présent formulaire de consentement énonce les mesures prises par notre cabinet pour garantir que :

- seuls les renseignements nécessaires vous concernant sont recueillis ;
- nous ne partageons vos renseignements qu'avec votre consentement ;
- le stockage, la conservation et la destruction de vos renseignements personnels sont conformes à la loi en vigueur et aux protocoles de protection de la vie privée;
- nos protocoles en matière de vie privée sont conformes à la législation relative à la protection de la vie privée, aux normes de notre organisme de réglementation – l'Ordre Royal des Chirurgiens Dentistes de l'Ontario – et à la loi.

N'hésitez pas à nous faire part, à moi ou à tout autre membre du personnel, de vos commentaires sur nos politiques.

Soyez assuré que chaque membre du personnel de notre cabinet veille à ce que vous receviez des soins dentaires de la meilleure qualité possible.

Comment notre cabinet recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels de ses patients.

Notre cabinet reconnaît l'importance de protéger vos renseignements personnels. Afin de vous aider à comprendre comment nous y parvenons, nous décrivons ci-dessous la façon dont nous les utilisons et les divulguons.

Notre cabinet recueillera, utilisera et divulguera des renseignements vous concernant aux fins suivantes :

- vous prodiguer des soins sûrs et efficaces ;
- établir et assurer un service continu de qualité ;
- évaluer vos besoins en matière de santé ;
- assurer les soins de santé ;
- vous conseiller sur les options de traitement ;
- nous permettre de communiquer avec vous ;
- établir et maintenir la communication avec vous ;
- offrir et prodiguer des traitements, des soins et des services relativement aux complexes buccal et maxillo-facial et aux soins dentaires en général ;
- communiquer avec d'autres fournisseurs traitants de soins de santé, y compris les dentistes spécialistes et les dentistes généralistes qui sont les dentistes traitants ou les autres dentistes concernés ;
- maintenir la communication avec vous dans le but de vous informer sur les soins de santé et de prendre et de confirmer vos rendez-vous ;
- nous permettre de faire un suivi efficace des traitements, des soins et de la facturation ;
- mener des activités d'enseignements et de démonstration, tout en préservant l'anonymat ;
- remplir et soumettre des demandes de remboursements de frais dentaires pour règlement et paiement par un tiers ;
- nous conformer aux exigences légales et réglementaires, y compris celles relatives à la remise, sur demande et dans les délais prescrits, de nos fiches et dossiers à l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, selon les dispositions de la Loi sur les professions de la santé réglementées ;
- respecter les ententes conclues de son plein gré par le membre avec l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, y compris celles relatives à la remise à l'Ordre ou à l'étude par l'Ordre des fiches et des dossiers des patients, dans les délais prescrits, pour des raisons de réglementation et de contrôle ;
- permettre aux acheteurs éventuels, aux courtiers et aux conseillers d'évaluer la pratique dentaire ;
- permettre à d'éventuels acheteurs, courtiers et conseillers de mener une vérification préalable à la vente d'une pratique ;
- remettre vos fiches et dossiers à la compagnie d'assurance du dentiste afin de lui permettre d'évaluer la responsabilité et les dommages-intérêts, s'il y a lieu ;
- préparer des documents pour la Commission d'appel et de révision des professions de la santé ;
- facturer les biens et les services ;
- traiter les paiements par carte de crédit ;

- percevoir les comptes non réglés ;
- aider le cabinet à se conformer à toutes les exigences réglementaires ;
- nous conformer à la loi en général.

En apposant votre signature à la section de consentement du présent formulaire, vous reconnaissez avoir donné un consentement éclairé quant à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels pour les raisons énumérées ci-dessus. Si un nouveau motif d'utilisation ou de divulgation de vos renseignements personnels apparaît, nous demanderons votre approbation préalable.

Les organismes de réglementation peuvent avoir accès à vos renseignements en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) afin que soit réalisé le mandat de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario prévu par ladite loi, et pour opposer une défense à une question juridique.

Notre cabinet ne fournira sous aucun prétexte votre dossier médical confidentiel à votre compagnie d'assurance. Dans l'éventualité d'une telle demande, nous vous transmettrons directement les renseignements afin que vous les examiniez et décidiez de l'opportunité de les lui transmettre vous-même.

Si des demandes de renseignements inhabituelles sont reçues, nous demanderons votre permission avant de transmettre les renseignements demandés. Nous pourrions également vous aviser si une telle divulgation est contre-indiquée.

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels. Nous vous expliquerons à ce moment les répercussions de cette décision, ainsi que les modalités.

Consentement du patient

J'ai pris connaissance de l'information qui précède, qui décrit la façon dont votre cabinet utilisera mes renseignements personnels et les mesures prises par votre cabinet pour les protéger.

Je sais que votre cabinet possède un Code de protection des renseignements personnels et que je peux demander à le consulter en tout temps.

J'accepte que Dr. George Limantzakis et associés recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels concernant _____, comme il a été énoncé ci-dessus dans l'information sur les politiques de protection des renseignements personnels du cabinet.

signature

nom (en caractères d'imprimerie)

date

signature du témoin