

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT : COLLECTE, UTILISATION ET DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La protection de vos renseignements personnels est un aspect important de la prestation de soins dentaires de qualité de notre part. Nous comprenons l'importance de protéger vos renseignements personnels. Nous nous engageons à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels de manière consciencieuse. Nous nous efforçons également de faire preuve d'autant de transparence que possible lors du traitement de vos renseignements personnels. Il est important pour nous d'offrir ce service à nos patients. N'hésitez pas à discuter de nos politiques avec tout membre de notre personnel.

La façon dont notre cabinet recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels de nos patients.

Tous les membres du personnel ayant accès à vos renseignements personnels sont conscients de la nature sensible des renseignements que vous nous avez confiés. Notre personnel est formé quant à l'utilisation judicieuse et à la protection de vos renseignements. Notre cabinet comprend l'importance de protéger vos renseignements personnels. Pour plus de précision, voici la façon dont notre cabinet utilise et divulgue vos renseignements personnels.

Nous procéderons à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- offrir des soins aux patients de façon sécuritaire et efficace;
- assurer la prestation continue de soins de qualité supérieure que nous aurons établis;
- évaluer vos besoins en matière de santé;
- offrir des soins de santé;
- présenter les traitements qui s'offrent à vous;
- établir et maintenir une communication avec vous;
- offrir des traitements, des soins et des services liés à la cavité buccale et au complexe maxillo-facial, ainsi que des soins dentaires courants;
- communiquer avec les autres fournisseurs de soins de santé qui vous traitent, y compris les dentistes spécialistes ou généralistes qui vous ont référés à nous ou des dentistes périphériques;
- nous permettre de rester en contact avec vous pour vous envoyer de l'information sur les soins de santé et pour prendre et confirmer des rendez-vous;
- nous permettre de faire un suivi efficace après les traitements et les soins, ainsi qu'aux fins de facturation;
- à des fins éducatives et de présentation, et ce, de façon anonyme;
- remplir et soumettre les réclamations dentaires pour règlement et paiement par un assureur tiers;
- respecter les exigences légales et réglementaires, notamment l'envoi des fiches et dossiers de patients au Royal College of Dental Surgeons of Ontario, et ce, en temps opportun lorsque nous sommes tenus de le faire en vertu des dispositions de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*;
- respecter les ententes et engagements convenus de façon volontaire par les membres du Royal College of Dental Surgeons of Ontario, notamment la remise ou l'étude des fiches et des dossiers du patient en temps opportun à des fins de réglementation et de contrôle;
- permettre aux acheteurs potentiels, aux courtiers et aux conseillers d'effectuer une évaluation de notre cabinet dentaire;
- permettre aux acheteurs potentiels, aux courtiers et aux conseillers d'effectuer un audit en vue de la vente de notre cabinet;
- remettre vos fiches dentaires et dossiers à la compagnie d'assurance du dentiste aux fins d'évaluation de responsabilité et de quantification des dommages, le cas échéant;
- préparer les documents à soumettre à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (CARPS);
- préparer et envoyer les factures liées aux produits achetés et aux services rendus;
- traiter les paiements par carte de crédit;
- recouvrer les comptes impayés;
- aider notre cabinet à se conformer à toutes les exigences réglementaires afin de respecter toutes les lois de façon générale.

En apposant votre signature à la partie relative au consentement du présent formulaire de consentement du patient, vous confirmez avoir donné votre consentement éclairé à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins décrites ci-dessus. Dans l'éventualité où une autre fin d'utilisation ou de divulgation de vos renseignements personnels serait déterminée, nous obtiendrons à l'avance votre consentement à une telle utilisation ou divulgation.

En vertu de la LPSR, les organismes de réglementation peuvent avoir accès à vos renseignements personnels pour assurer leur respect de la LPSR, pour les besoins du RCDSO, ainsi que pour se défendre dans le cadre de toute poursuite judiciaire. Notre cabinet ne divulguera vos antécédents médicaux confidentiels à personne et sous aucun prétexte. Nous communiquerons avec vous pour obtenir votre autorisation avant de donner suite à toute demande inhabituelle liée à vos renseignements personnels. Si une telle divulgation s'avère inappropriée, nous vous en aviserons. Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels. Dans un tel cas, nous vous expliquerons les conséquences de cette décision et le processus à cet égard.

J'ai lu l'information ci-dessus expliquant la façon dont votre cabinet utilisera mes renseignements personnels et les mesures prises pour protéger ces renseignements. Je reconnais que votre cabinet est régi par un Code de protection des renseignements personnels que je peux consulter en tout temps.

Je conviens que le D^r Yazdani est autorisé à recueillir, à utiliser et à divulguer les renseignements personnels de _____, tel qu'établi ci-dessus dans les énoncés concernant les politiques sur la protection des renseignements personnels du cabinet.

Signature : Patient/Parent/Tuteur

Nom en lettres moulées

Date

Signature d'un témoin