

CONSENTEMENT POUR LE RENVOI À UN DENTISTE SPÉCIALISTE

Je soussigné(e), _____, comprends que, pour des raisons cliniques, mon dentiste généraliste de la Clinique dentaire Roy pourrait me recommander une **consultation avec un dentiste spécialiste** (par ex. : endodontiste, parodontiste, chirurgien maxillo-facial, orthodontiste, etc.).

Je consens à ce que mes **informations pertinentes** (radiographies, notes cliniques, plan de traitement, etc.) soient transmises au spécialiste afin de faciliter l'évaluation et la prise en charge.

Je comprends que ce transfert de renseignements respecte la confidentialité et que je peux poser toutes questions avant la transmission des documents.

Je suis conscient(e) que cette autorisation est volontaire, et je peux la retirer en tout temps sur demande écrite.

Date : ____ / ____ / ____ Signature du patient : _____

Signature du parent ou tuteur, si patient mineur.

Nom du parent/tuteur : _____

Date : ____ / ____ / ____ Signature du parent ou tuteur : _____