



Consentement à la divulgation de renseignements personnels entre professionnels de la santé

Je, _____, N° d'ass. maladie : _____, en ma qualité d'invité au Centre l'Arbre de la Vie autorise :

- Dr _____, médecin de famille
- Dr _____, médecin spécialiste
- Inf _____, infirmière pivot
- Inf _____, infirmière de soins à domicile
- Mme (M) _____, T. S.
- Les représentants du Centre de la Vie

à communiquer entre eux des renseignements pertinents concernant ma santé physique et émotionnelle dans le but d'assurer un suivi optimal quant à mes soins. Ces renseignements demeureront en tout temps confidentiels. Je suis libre de retirer mon accord en signant l'endroit désigné.

Signature de l'invité : _____ Date : _____

Signature d'un témoin : _____ Date : _____

Je refuse que les intervenants cités ci-haut se communiquent des renseignements à mon sujet.

Je comprends que cela pourrait compromettre la complémentarité de mes soins.

Signature de l'invité : _____ Date : _____

Signature d'un témoin : _____ Date : _____