

INSTITUT
DE CHIRURGIE
LAUNGANI

Formulaire d'Autorisation de Transfert de Dossier Médical

Je soussigné(e), _____, née le _____, portant le numéro de la carte d'assurance maladie : _____, résidant à l'adresse suivante : _____, autorise la clinique du CMC à transférer l'intégralité de mon dossier médical à la clinique Atelier du Corps – Institut de chirurgie Dr. Alexis Laungani.

Destinataire du transfert :

Nom de la clinique destinataire : Atelier du Corps – Centre Chirurgical

Adresse : 200 Henri Bourassa Est

Téléphone : 438-258-8510 Fax :438-258-8758

Courriel : info@dralexislaungani.com

Consentement :

Je comprends que cette autorisation est nécessaire afin de permettre à la clinique d'origine de transmettre mes informations médicales. Je consens à ce que mes données soient envoyées par fax.

Je suis informé(e) que cette autorisation peut être révoquée à tout moment, mais que le retrait de cette autorisation ne s'applique qu'aux futurs transferts de données, et non à ceux effectués avant la révocation.

Signature du patient : _____

Nom (en lettres moulées) : _____

Date : _____