

## **BRACES IN ORLÉANS**

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

La confidentialité de vos informations personnelles est une partie importante de notre cabinet afin de vous offrir des soins dentaires de qualité. Nous comprenons le l'importance de protéger vos renseignements personnels. Nous nous engageons à collecter, utiliser et divulguer vos informations personnelles de manière responsable. Nous essayons également d'être aussi ouverts et transparents que possible sur la façon dont nous traitons vos informations personnelles. Il est important pour nous de fournir ce service à nos patients.

Dans ce bureau, le Dr Aaron Bottner agit en tant que responsable de la confidentialité. Tous les membres du personnel qui entrent en contact avec votre informations personnelles sont conscients du caractère sensible des informations que vous nous avez communiquées. Ils sont tous formés à la protection et à l'utilisations appropriées de vos informations.

**Ci-joint à ce formulaire de consentement, nous avons décrit ce que notre bureau fait pour s'assurer que :**

- seules les informations nécessaires sont collectées à votre sujet ;
- nous ne partageons vos informations qu'avec votre consentement ;
- le stockage, la conservation et la destruction de vos informations personnelles sont conformes à la législation en vigueur et aux protocoles à la confidentialité de protection ;
- nos protocoles de confidentialité sont conformes à la législation sur la confidentialité, aux normes de notre organisme de réglementation, le *Royal College of Dental Surgeons of Ontario (RCDSO)* et la loi.

N'hésitez pas à discuter de nos politiques avec moi ou avec un membre de notre personnel de bureau. Soyez assuré que chaque membre du personnel de notre cabinet s'engage à vous offrir des soins orthodontiques de la meilleure qualité.

#### **Comment notre bureau recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels des patients**

Notre bureau comprend l'importance de protéger vos renseignements personnels. Pour vous aider à comprendre comment notre processus nous avons décrit ici comment notre bureau utilise et divulgue vos informations. Ce bureau collectera, utilisera et divulguera des informations vous concernant aux fins suivantes :

- fournir des soins sûrs et efficaces aux patients
- identifier et assurer un service continu de haute qualité
- pour évaluer vos besoins de santé
- fournir des soins de santé
- pour vous conseiller sur les options de traitement
- pour nous permettre de vous contacter
- pour établir et maintenir la communication avec vous
- offrir et fournir des traitements, des soins et des services en relation avec le complexe buccal et maxillo-facial et les soins dentaires en général
- pour communiquer avec d'autres fournisseurs de soins de santé traitants, y compris les spécialistes et les dentistes généralistes qui sont les dentistes référents et/ou dentistes périphériques
- pour nous permettre de maintenir la communication et le contact avec vous pour transmettre des informations sur les soins de santé et pour réserver et confirmer les rendez-vous
- pour nous permettre de suivre efficacement les traitements, les soins et la facturation
- à des fins d'enseignement et de démonstration sur une base anonyme
- remplir et soumettre les demandes de remboursement de soins dentaires pour décision et paiement par un tiers
- se conformer aux exigences légales et réglementaires, y compris la livraison des dossiers des patients, au besoin, au *RCDSO* en temps opportun, conformément aux dispositions de la Loi sur les professions de la santé réglementées
- respecter les accords/engagements conclus volontairement par le membre avec le *RCDSO*, y compris la livraison et/ou l'examen des dossiers des patients à l'*Ordre* en temps opportun et à des fins de réglementation et de surveillance
- pour permettre aux acheteurs potentiels, aux courtiers de pratique ou aux conseillers d'évaluer la pratique d'orthodontie
- pour permettre aux acheteurs potentiels, aux courtiers ou aux conseillers d'exercer un audit en vue d'une vente

de la clinic

- remettre vos fiches et registres à la compagnie d'assurance du dentiste afin de permettre à la compagnie d'assurance d'évaluer la responsabilité et de quantifier les dommages, le cas échéant
- préparer des documents pour la *Commission d'appel et de révision des professions de la santé (HPARB)*
- facturer des biens et services
- pour traiter les paiements par carte de crédit
- de recouvrer les comptes impayés
- aider ce bureau à se conformer à toutes les exigences réglementaires
- se conformer généralement à la loi

En signant la section de consentement de ce formulaire de consentement du patient, vous reconnaissez avoir donné votre consentement à la collecte, à l'utilisation et/ou à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins indiquées. Si un nouveau but se pose pour l'utilisation et/ou la divulgation de vos informations personnelles, nous demanderons votre approbation à l'avance.

Vos informations peuvent être consultées par les autorités réglementaires en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées (LPSR)* aux fins de l'accomplissement par le *RCDSO* de son mandat en vertu de la *LPSR*, et pour la défense d'une question juridique.

Notre bureau ne fournira en aucun cas à votre assureur vos antécédents médicaux confidentiels. Dans le cas où ce type de demande est fait, nous vous transmettrons les informations directement pour examen et pour votre consentement spécifique.

Lorsque des demandes inhabituelles sont reçues, nous vous contacterons pour obtenir l'autorisation de divulguer ces informations. Nous pouvons aussi vous aviser si une telle diffusion est inappropriée.

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels, et nous vous expliquerons les ramifications de cette décision et le processus.

### **Consentement du patient**

J'ai examiné les informations ci-dessus qui expliquent comment votre bureau utilisera mes informations personnelles et les étapes que votre bureau prend pour protéger mes informations. Je sais que votre bureau a un code de confidentialité, et je peux demander à voir le code à tout moment. J'accepte que le Dr Aaron Bottner puisse collecter, utiliser et divulguer des informations personnelles sur le patient \_\_\_\_\_ comme indiqué ci-dessus dans  
nom du patient

les informations sur les politiques de confidentialité du bureau.

Nom du gardien/patient \_\_\_\_\_

Signature du gardien/patient \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Témoïn \_\_\_\_\_