FORMULAIRE D'AUTORISATION

SUJET : Nom du patient : _____ Sexe : ☐ F ☐ M

Si mineur, nom du ou des parents, le cas échéant

_____

Adresse : _____

_____

_____

_____

Date de naissance : _____ /_____ /_____
jour mois année

Je, soussigné, autorise le Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec à obtenir, à ses frais, du docteur _____ pratiquant au _____ son dossier-patient, radiographies, documents et autres informations concernant ma condition et les traitements reçus ou à recevoir.

ET J'AI SIGNÉ À _____ CE ____ JOUR DE _____ 20__.

SIGNATURE : _____ TÉMOIN : _____

SIGNATURE DE L'ENFANT (si âgé de plus de 14 ans) :

_____