

Formulaire de consentement du patient

Pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels

La confidentialité de vos renseignements personnels est un élément important de notre cabinet. Nous comprenons l'importance de protéger vos renseignements personnels. Nous nous engageons à collecter, utiliser et divulguer vos renseignements personnels de manière responsable. Nous essayons également d'être aussi ouverts et transparents que possible sur la manière dont nous traitons vos renseignements personnels. Il est important pour nous de fournir ce service à nos patients.

Dans ce cabinet, le Dr Stephanie Malette occupe le poste de responsable de la protection des renseignements personnels.

Tous les membres du personnel qui ont accès à vos renseignements personnels sont conscients de la nature sensible des informations que vous nous avez communiquées. Ils ont tous reçu une formation sur l'utilisation appropriée et la protection de vos renseignements.

En annexe à ce formulaire de consentement, nous avons décrit les mesures prises par notre cabinet pour garantir que :

- Seules les informations nécessaires vous concernant sont collectées.
- Nous ne partageons pas vos informations qu'avec votre consentement.
- La conservation et la destruction de vos informations personnelles sont conformes à la législation en vigueur et aux protocoles de protection de la vie privée.
- Nos protocoles de confidentialité sont conformes à la législation sur la protection de la vie privée, aux normes de notre organisme de réglementation, le Collège royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario(RCDSO), et à la loi.

N'hésitez pas à discuter de nos politiques avec moi ou avec n'importe quel membre de notre personnel. Soyez assuré que chaque membre de notre personnel s'engage à vous fournir des soins dentaires de la meilleure qualité possible.

Comment notre cabinet recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels des patients

Notre cabinet comprend l'importance de protéger vos informations personnelles. Afin de vous aider à comprendre comment nous procédons, nous avons décrit ici comment notre cabinet utilise et divulgue vos informations. Le cabinet collectera, utilisera et divulguera des informations vous concernant aux fins suivantes;

- Pour fournir des soins sûrs et efficaces aux patients

- Pour identifier et garantir un service de haute qualité en continu
- Pour évaluer vos besoins en matière de santé
- Pour 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
- Pour communiquer avec d'autres prestataires de soins de santé, y compris les spécialistes et les dentistes généralistes qui sont les dentistes référents et/ou les dentistes périphériques
- Pour nous permettre de maintenir la communication et le contact avec vous afin de vous fournir des informations sur les soins de santé et de prendre/confirmer des rendez-vous
- Pour nous permettre d'assurer un suivi efficace des traitements, des soins et de la facturation
- Pour remplir et soumettre les demandes de remboursement de soins dentaires à des tiers pour évaluation et paiement
- Pour se conformer aux exigences légales et réglementaires, y compris la transmission en temps opportun des dossiers et des registres des patients au Collège royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario, lorsque cela est nécessaire, conformément aux dispositions de la Loi sur les professions de la santé réglementées
- Pour se conformer aux accords/engagements conclus volontairement par le membre avec le Collège royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario, y compris la remise et/ou l'examen des dossiers et des registres des patients au Collège en temps opportun à des fins réglementaires et de surveillance.
- Pour permettre aux acheteurs potentiels, aux courtiers ou aux conseillers d'évaluer le cabinet dentaire.
- Pour permettre aux acheteurs potentiels, aux courtiers ou aux conseillers de procéder à un audit en vue de la vente du cabinet.
- Pour remettre vos dossiers et registres à la compagnie d'assurance du dentiste afin de permettre à celle-ci d'évaluer la responsabilité et de quantifier les dommages, le cas échéant.
- Pour préparer des documents pour la Commission d'appel et d'examen des professions de la santé (HPARB)
- Pour facturer des biens et des services
- À des fins d'enseignement et de démonstration sur une base anonyme
- Pour traiter les paiements par carte de crédit
- Pour recouvrer les comptes impayés
- Pour aider ce cabinet à se conformer à toutes les exigences réglementaires
- Pour se conformer à la loi en général

En signant la section relative au consentement du formulaire de consentement du patient, vous avez accepté de donner votre consentement éclairé à la collecte, à l'utilisation et/ou à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins énumérées. Si un nouvel objectif d'utilisation et/ou de divulgation de vos renseignements personnels survient, nous vous demanderons votre accord au préalable.

Vos renseignements peuvent être consultés par les autorités réglementaires en vertu de la Loi sur les professions de la santé réglementées (LPSR) aux fins de l'exercice du mandat du Collège royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario en vertu de la LPSR et pour la défense d'une question juridique.

Notre cabinet ne fournira en aucun cas à votre assureur vos antécédents médicaux confidentiels. Si une telle demande nous est adressée, nous vous transmettrons directement les informations concernées afin que vous puissiez les examiner et donner votre consentement explicite.

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation ou à la divulgation de vos informations personnelles. Nous vous expliquerons alors les conséquences de cette décision et la procédure à suivre.

Consentement du patient

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus qui expliquent comment votre cabinet utilisera mes informations personnelles et les mesures que votre cabinet prend pour protéger mes informations.

Je sais que votre cabinet dispose d'un code de confidentialité.

J'accepte que le Blackburn Dental Centre collecte, utilise et divulgue des informations personnelles :

À propos de _____, comme indiqué ci-dessus dans les informations relatives aux politiques de confidentialité du cabinet.

Signature du patient/parent/tuteur

Nom du patient/parent/tuteur

Date

Signature du témoin