

CENTRE DENTAIRE

JARDINS DORVAL

18-342 ave. Dorval Dorval, Québec H9S 3H7
(514)636-5760 info@cddorval.com

Lettre de consentement et de divulgation en lien avec la confidentialité

Cher patient,

Nous vous remercions de nous avoir fait confiance pour répondre à vos besoins en matière de soins buccodentaires. Nous considérons qu'il s'agit d'un privilège de vous fournir des soins et nous nous efforçons toujours de maintenir votre confiance. Pour maintenir votre confiance, nous devons notamment nous assurer que vous connaissez notre clinique et la façon dont nous utilisons et protégeons vos renseignements personnels sur la santé.

Quelques mots sur notre clinique

À Centre Dentaire Les Jardins Dorval, tous les services de dentisterie clinique sont fournis par des professionnels dentaires en règle de l'Ordre des dentistes du Québec. Nous travaillons en partenariat avec DCC (Québec) Inc. pour fournir des services de soutien administratif et clinique à nos patients, ce qui permet à nos professionnels dentaires de se concentrer sur vos besoins en soins buccodentaires. Tous les services de soutien clinique sont fournis sous la supervision et le contrôle cliniques de professionnels dentaires.

Centre Dentaire Les Jardins Dorval et DCC (Québec) Inc. sont deux entités commerciales distinctes qui vous fournissent chacune des services différents (dentisterie clinique par l'une et soutien administratif et clinique par l'autre). Pour faciliter l'administration et le paiement, nous pouvons vous remettre une facture unique conjointe. Nous voulons que vous sachiez qu'un ou plusieurs professionnels des soins dentaires de Centre Dentaire Les Jardins Dorval peuvent avoir un intérêt financier dans DCC (Québec) Inc. Ce type de structure commerciale est courant dans la profession dentaire. Nous avons simplement pensé que vous devriez le savoir.

Vous trouverez ci-joint la politique de confidentialité de notre clinique. Par votre signature, vous reconnaissez que vous avez lu et compris les renseignements fournis dans cette politique et que vous consentez aux pratiques qu'elle décrit. N'hésitez pas à nous poser vos questions au besoin.

Nous vous remercions de nous accorder le privilège de vous aider à répondre à vos besoins en matière de soins buccodentaires. Nous avons hâte de prendre soin de votre sourire.

Signature du patient (tuteur)

Date

Nom du patient