Nom du kinésiologue

Nom de l'entreprise

Adresse

Ville, Prov, Code postal

Téléphone

Email

Site Internet

Votre numéro d'enregistrement / accrédité / affilié / numéro de membre

Formulaire de consentement de partager l’information médiale

Nom du client: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M.V.C. Rendez-vous amoureux:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné (e),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vous autorise par la présente à divulguer *au nom du kinésiologue, titre - kinésiologue, adresse*, toute information pouvant être requise relativement à ma condition physique et mes blessures à partir du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_, y compris sans s’y limitée à, tous les rayons X, rapports médicaux, rapports d'étape, rapports de tests de diagnostic, avis médicaux et / ou toute autre connaissance ou information que vous pouvez posséder, et pour ce faire, laissez ceci être votre autorité bonne et suffisante.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dans la province de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_\_\_\_jour du mois de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_.

L'utilisation principale de ce document est de fournir au kinésiologue (Kins) un exemple de formulaire de consentement à utiliser dans sa pratique. L’ACK n'est pas responsable des conséquences et des dommages pouvant résulter de son utilisation ou de son utilisation abusive, incomplète et mal adaptée par les kinésiologues. Il est à souligner que le but est de guider Kins et si ceux-ci sont en difficulté d'interprétation, ils devraient chercher un avis juridique indépendant.