AUTORISATION DU CLIENT

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LE DOSSIER DE :

PRÉNOM

NOM

#DE DOSSIER (SI CONNU)

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)

Je, soussigné(e) ou personne autorisée, , autorise **PHYSIO**OUTAOUAIS à envoyer une copie ou donner un rapport verbal de mon dossier physiothérapique aux individus / organismes suivants :

- MÉDECIN(S)
- EMPLOYEUR
- CSST, CSPAAT, SAAQ
- AUTRE :

Je, soussigné(e) ou personne autorisée, , autorise l'établissement , à faire parvenir à **PHYSIO**OUTAOUAIS les renseignements suivants :

du (DATE)

J'ai lu le présent formulaire d'autorisation et j'indique mon consentement par ma signature. Cette autorisation sera valide pour une période de 12 mois à compter d'aujourd'hui.

SIGNATURE DU CLIENT OU PERSONNE AUTORISÉE

ANNÉE / MOIS / JOUR

TÉMOIN À LA SIGNATURE

ANNÉE / MOIS / JOUR

PHYSIO OUTAOUAIS
MÉDECINE DU SPORT

Veuillez s.v.p. imprimer ce document dûment rempli et l'apporter en clinique lors de votre prochaine visite.

PHYSIOOUTAOUAIS.CA