

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION ET À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

Établissement 1 : _____

Établissement 2 : _____

Je, soussigné(e), consens à ce que les intervenants du (établissement 1), divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues à mon dossier médical (ou autre à préciser) constitué auprès du (établissement 1) avec tout intervenant œuvrant au (établissement 2). Également, je consens à ce que les intervenants œuvrant au (établissement 2) divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues à mon dossier médical (ou autre à préciser) constitué auprès de cet établissement avec les intervenants du (établissement 1).

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l'échange d'informations.

(Signature de la personne concernée)

Date

(Signature du témoin)

Date