



**Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé**

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatible à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou responsable\_\_\_\_\_  
Date**Consentement et identification****J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance**\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou responsable\_\_\_\_\_  
DateM.  Mme \_\_\_\_\_  
Nom en lettres mouléesPatient lui-même Parent/tuteur (si moins de 14 ans) Mandataire/responsable Autre **J'ai révisé le questionnaire et fait part de tous les changements.**\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date