

Karim Benhsain, M.Ps.

Psychologue

Tél: (418) 750-0117

131 Notre-Dame ouest

Rimouski, Qc.

G5L 4M3

Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier

Nom et prénom _____

Adresse _____

Date de Naissance _____

de dossier _____

Je, soussigné(e), _____,

Autorise _____

À faire parvenir à _____

Et vice versa

Les renseignements suivants

Dossier complet

Notes évolutives

Rapports

Autre : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante _____.

Contenus dans le dossier du client ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document. Je suis libre de retirer cette autorisation à tout moment en avisant préalablement mon psychologue.

Signature _____ **Date** _____

Témoin à la signature _____ **Date** _____

Je, soussigné(e), _____ renonce au délai de 15 jours tel que stipulé à l'**article 10** du *Règlement sur la tenue de dossiers et des cabinets de consultation des psychologues*.

Signature _____ **Date** _____

Témoin à la signature _____ **Date** _____