

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Nom du Résident:

Si le résident est incapable, Mandataire Spécial (MS):

Nom de l'Établissement / No de la Chambre:

La Relation du MS avec le Résident:

* * *

Ce formulaire de consentement concerne la prestation de services dentaires par Golden Care Dental Services au résident susmentionné dans un foyer de soins de longue durée, un foyer de soins, un établissement de retraite ou un domicile privé (chacun étant un «établissement»).

1. Description du Traitement

Pour les Patients avec des Dents Naturelles: Examen Oral, Rayons X, Nettoyage, Traitement Antimicrobien (Lavage Anti-Bactérien) et Traitement au Fluorure.

Pour les Patients sans Dents Naturelles (Prothèses Uniquement): Examen, Nettoyage et Étiquetage des Prothèses.

2. Capacité de compréhension en matière du traitement

Le résident est en mesure de comprendre les informations utiles pour prendre une décision concernant le traitement et les coûts associés, et comprend les conséquences d'une décision ou d'un manque de décision

Oui

OU

Le résident est incapable de donner son consentement au traitement ou aux frais

Oui

Les initiales du Résident ou MS: _____

3. Je (MS) serais présent à chaque rendez-vous

Oui

Non

Le traitement peut être fourni en mon absence

Oui

Non

4. Consentement au Traitement

Je (le Résident ou MS) consens à ce que Golden Care Dental Services fournisse les services et traitements dentaires décrits dans le formulaire de consentement au traitement. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes préoccupations concernant le traitement proposé. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre une décision éclairée concernant le consentement et j'ai compris que je pouvais refuser de consentir au traitement et révoquer ce consentement à tout moment.

Je (le Résident ou MS) consens à la divulgation des informations médicales (les miennes ou celles du résident), des informations personnelles de santé, et des informations de contact à Golden Care Dental Services provenant de l'Établissement (le mien ou celui du résident), aux praticiens de la santé, aux médecins et aux autres prestataires de soins de santé, comme requis par Golden Care Dental Services.

Signature du résident ou MS

Signature du témoin (si signé par le résident)

DATE DU CONSENTEMENT: _____

Le nom du témoin