



Dr Martin Pearson psychologue
Spécialiste en TDAH
chez l'adulte

Autorisation d'échange de renseignements confidentiels

Je, _____, autorise le Dr Martin Pearson psychologue, à communiquer et échanger avec _____, (fonction) _____, les renseignements suivants:

Cochez		Initiales
<input checked="" type="checkbox"/>	Des informations sur mon dossier médical ou psychologique.	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	Le contenu de mon rapport d'évaluation.	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Je renonce également au délai de 15 jours applicable à cette autorisation.</i>	_____

Cette autorisation prévaut jusqu'à ma demande de la retirer.

Signé à Montréal, le _____

Signature du client