



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Sauvegarder le PDF
pour soumettre le formulaire.

AUTORISATION POUR LA PRISE DE PHOTOGRAPHIES

ENVOYER

Identification du patient

Je, soussigné (e), _____

Autorise le Docteur _____, chirurgien plasticien, à faire des photographies numériques et 3D et à les utiliser pour les fins médicales, scientifiques ou éducatives suivantes :

	OUI	NON
Suivi médical (Avec votre chirurgien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation aux médecins résidents, pour présentation enseignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation afin de démontrer l'évolution chirurgicale à un autre patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transmission des photos à la RAMQ, si demande nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation sur notre site internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT : Bien que les résultats avec le VECTRA 3D (photos 3 dimensions) soient précis, nous ne pouvons garantir une correspondance exacte de vos résultats avec le modèle généré par ordinateur. L'objectif principal avec cet appareil est d'avoir un outil de communication le plus réaliste possible des attentes et des résultats escomptés.

J'autorise l'utilisation et la publication des photographies de la manière suivante : En gardant l'anonymat

Signé à Québec le : _____

Date

Signature

Témoin