## Formulaire de Consentement à la Collecte, à la Communication et à l'Utilisation de Données Personnelles

Je, soussignée Myriam Savaria-Audette, hygiéniste dentaire thérapeute myofonctionnelle, souhaite vous informer et obtenir votre consentement concernant la collecte, la communication et l'utilisation de vos données personnelles à des fins spécifiques. Votre vie privée et la sécurité de vos informations personnelles sont de la plus haute importance pour moi.

### Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

J'utilise vos données personnelles dans le but de fournir des services de thérapie myofonctionnelle de bonne qualité. Cela comprend la gestion de votre dossier médical et la communication d'observations et de recommandations de traitement lorsque cela est nécessaire. Vos données sont également utilisées à des fins de facturation et de suivi administratif.

### Comment vos données personnelles sont-elles collectées et utilisées ?

Vos données personnelles sont collectées lors de vos visites à mon bureau; lors de vos suivis, et à travers les dossiers médicaux électroniques sécurisés. Je m'engage à maintenir la confidentialité de vos informations personnelles et à les sécuriser contre tout accès non autorisé.

### Droits d'accès, de rectification et de retrait de consentement :

Vous avez le droit d'accéder aux données personnelles que nous avons recueillies vous concernant. Si vous constatez des erreurs ou des inexactitudes dans vos données, vous avez le droit de demander leur rectification. Vous avez également le droit de retirer votre consentement à tout moment, ce qui signifie que je cesserai d'utiliser vos données personnelles à des fins de traitement ultérieures.

### Durée du consentement :

Votre consentement à la collecte, à la communication et à l'utilisation de vos données personnelles demeure valide pendant une période de cinq (5) ans à compter de la date de votre dernier rendez-vous à mon bureau. Après cette période, votre dossier papier et informatique sera détruit selon la méthode appropriée.

Je soussigné (e) _____ certifie avoir lu et compris les informations ci-dessus. Je consens librement à la collecte, à la communication et à l'utilisation de mes données personnelles à des fins de traitement médical et administratif, conformément aux termes énoncés ci-dessus.

X _____

Signature du client Date : jj/mm/aaaa

X _____

Signature du parent ou tuteur Date : jj/mm/aaaa
(si le client est mineur)

Myriam Savaria-Audette, H.D 365 boul. Wilfrid-Laurier, bureau 202, Beloeil, J3G 4T2
Téléphone: 450-813-3682 Courriel: myriamhdentmf@gmail.com