

INFORMATIONS IMPORTANTES

- Veuillez noter que la transmission d'une demande d'enquête au bureau du syndic, la tenue d'une enquête, puis le cas échéant, le processus disciplinaire devant le conseil de discipline de notre ordre professionnel ne permettent pas d'obtenir une compensation financière pour des dommages et inconvénients qui seraient imputables à une faute professionnelle commise par un dentiste.

DEMANDEUR D'ENQUÊTE

Appellation: Monsieur Madame Autre appellation: _____

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code Postal _____ Téléphone(s) _____

Courriel _____ Date de naissance _____

Choisissez l'option qui décrit votre situation:

- Je suis la personne ayant été l'objet des traitements pour lesquels je demande une enquête
- Je soumetts une demande pour une autre personne:

Lien avec le patient pour laquelle vous faites la demande: _____

Prénom du patient _____ Nom du patient _____ Date de naissance du patient _____

Même adresse que le demandeur

Adresse différente que le demandeur:

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE(LA) DENTISTE VISÉ(E)

Prénom _____ Nom _____

Dr(e) _____

Nom de la clinique où les services ont été rendus _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code Postal _____ Téléphone _____ Courriel _____

DÉCLARATION DU DEMANDEUR D'ENQUÊTE

Veillez décrire les faits et les motifs de votre demande d'enquête, notamment une description des événements survenus et des traitements reçus, ainsi que les fautes reprochées au dentiste, en précisant les dates, dans l'ordre où ceux-ci se sont produits.

VOS ATTENTES À LA SUITE À VOTRE DEMANDE

AUTRES PROFESSIONNELS CONSULTÉS RELATIVEMENT AUX FAITS ALLÉGUÉS DANS CETTE DEMANDE

Prénom

Nom

Profession

Dentiste

Denturologiste

Autre:

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

Prénom

Nom

Profession

Dentiste

Denturologiste

Autre:

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

Prénom

Nom

Profession

Dentiste

Denturologiste

Autre:

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

Prénom

Nom

Profession

Dentiste

Denturologiste

Autre:

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

AUTORISATION DE COMMUNIQUER MON DOSSIER MÉDICAL OU HOSPITALIER

Si vous avez été hospitalisé ou avez consulté un médecin relativement à votre état de santé, veuillez remplir et signer l'autorisation suivante.

Si vous avez été vu et/ou hospitalisé à plus d'un endroit, veuillez remplir une autorisation pour chaque hôpital et/ou médecin consulté.

AUTORISATION

Je, soussigné(e), _____

en ma qualité de: Usager
 Personne légalement responsable

autorise: Docteur(e) _____
 Le Centre hospitalier _____

à fournir, au syndic de l'*Ordre des dentistes du Québec*, une copie de mon dossier médical, pour les soins ou services reçus, se rapportant à la période qui sera spécifié par le syndic dans sa demande.

Prénom à la naissance

Nom à la naissance

Prénom et nom actuellement utilisés (si différent)

Date de naissance

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Numéro de la carte d'assurance maladie (RAMQ)

Signature

Date

AUTRE PERSONNE TÉMOIN DE CERTAINS FAITS RELATIFS À LA PLAINTÉ

Prénom

Nom

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

Prénom

Nom

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

ANCIEN DENTISTE TRAITANT

Prénom

Nom

Dr(e)

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- Nous désirons vous aviser qu'il est possible, si nous le jugeons nécessaire, que nous fassions parvenir au dentiste visé par la demande d'enquête, une copie de votre déclaration du demandeur ou un résumé de celle-ci, afin de lui permettre de fournir sa version des faits et de bien comprendre la portée de votre demande.
- Je suis conscient.e que ma collaboration à l'enquête et, comme témoin dans l'éventualité du dépôt d'une plainte disciplinaire contre le dentiste visé par l'enquête devant le conseil de discipline de l'Ordre des dentistes du Québec, est importante et requise et je confirme que le bureau du syndic pourra compter sur mon entière collaboration

SUIVI

- Je souhaite être informé, **par courriel**, de la progression de l'enquête et de sa conclusion.
- Je souhaite être informé, **par la poste**, de la progression de l'enquête et de sa conclusion.
- Je souhaite être informé de la conclusion de l'enquête seulement.
- Je ne souhaite pas être informé.

EN FOI DE QUOI J'AI SIGNÉ(E):

Signature

Date