

HÉBERT & ASSOC.

CLIENT(E)

Nom:

Adresse:

Ville:

Code Postal:

Téléphone: (domicile):

(bureau):

(cellulaire):

Courriel:

D.D. Naissance:

de dossier:

SPECIALISTE

Nom:

Adresse:

Ville:

Code Postal:

Téléphone:

Télécopieur:

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom:

Téléphone: (domicile):

(bureau):

(cellulaire):

Lien:

MÉDECIN TRAITANT

Nom:

Adresse:

Ville:

Code Postal:

INDIQUER TOUS LES MÉDICAMENTS

Téléphone:

Nom

Posologie

Télécopieur:

1

2

ASSURANCE

3

Nom:

4

Personne contact:

5

Adresse:

6

Ville:

Code Postal:

7

8

Téléphone:

9

Télécopieur:

10

Pour fins administratives seulement:

AUTRES INFORMATIONS

Référé par:

Date de l'évaluation:

Raison de la référence:

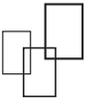
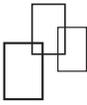
Principes directeurs:

Formulaires de consentement:

Questionnaires:

Frais d'annulation:

Autres informations:



Dr. Francine Roussy Layton, C.Psych., Ext. 222
Dr. Catherine Sabourin, C.Psych., Ext. 228
Dr. Carole Lamarche, C.Psych., Ext. 224
Dr. Lisa Carswell, C.Psych., Ext. 231

Dr. Gilles Hébert, C.Psych., Ext. 223
Gilles Hébert | Psychology Professional Corporation
Hébert | Société Professionnelle de Psychologie
Dr. Lorraine Y. Overduin, C.Psych., Ext. 226
Lorraine Overduin Psychology Professional Corporation

Dr. Alison Welsted C.Psych., Ext. 225
Dr. Daniella Sandre, C.Psych., Ext. 229
Dr. Adam Heenan, C.Psych., Ext. 232
Dr. John Kowal, C.Psych., Ext. 227

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR DIVULGUER / OBTENIR DE L'INFORMATION

Par la présente, je, M./Mme/Mlle _____ autorise _____ :

___ A. À envoyer des copies ou à donner un compte rendu verbal de mon évaluation, mon plan de traitement, mes rapport de progrès, mon rapport de congé ou de mes rapports de suivi, à la (aux) personne(s) suivante(s):

___ B. À communiquer avec la (les) personne(s) suivante(s) afin d'obtenir de l'information concernant ma santé physique ou mentale, ma blessure, ou tout autres renseignements pertinents reliés à mon évaluation et/ou mon traitement psychologique.

gestionnaire de dossier

médecin de famille

agent(e) de réadaptation professionnelle

spécialiste

compagnie d'assurance

autre (spécifier)

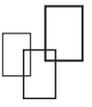
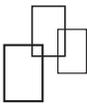
J'ai lu et compris les consignes ci-haut et confirme mon consentement par ma signature et mes initiales. Je comprends aussi que ce consentement est valide pour 12 mois mais peut être annulé en tout temps. Toutefois, dans le cas où les frais sont couverts directement par une tierce partie (par exemple: CSPAAT, compagnie d'assurance, etc.), les services ne pourront pas continuer si je retire mon consentement à communiquer avec cette tierce partie.

Signature du (de la) client (e)

Date

Témoin

Date



Dr. Francine Roussy Layton, C.Psych., Ext. 222
Dr. Catherine Sabourin, C.Psych., Ext. 228
Dr. Carole Lamarche, C.Psych., Ext. 224
Dr. Lisa Carswell, C.Psych., Ext. 231

Dr. Gilles Hébert, C.Psych., Ext. 223
Gilles Hébert | Psychology Professional Corporation
Hébert | Société Professionnelle de Psychologie
Dr. Lorraine Y. Overduin, C.Psych., Ext. 226
Lorraine Overduin Psychology Professional Corporation

Dr. Alison Welsted C.Psych., Ext. 225
Dr. Daniella Sandre, C.Psych., Ext. 229
Dr. Adam Heenan, C.Psych., Ext. 232
Dr. John Kowal, C.Psych., Ext. 227

PRINCIPES DIRECTEURS DES SERVICES OFFERTS

La présente a pour but de vous fournir des renseignements sur les conditions reliées aux offres de service à ma clientèle. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à m'en faire part.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE

Membre de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, et responsable devant cet organisme qui règlemente les permis de pratique psychologique. Cette organisation professionnelle se trouve à l'adresse suivante :

L'Ordre des Psychologues de l'Ontario
110 avenue Eglinton Ouest, Pièce 500
Toronto (Ontario) M4R 1A3
Télé : (800) 489-8388

HONORAIRES

Les services psychologiques ne sont pas couverts par le Régime d'assurance maladie de l'Ontario ou du Québec. Cependant, d'autres polices d'assurance maladie supplémentaires peuvent rembourser en partie ou en totalité les frais des services psychologiques. Si vous avez été référé par une compagnie d'assurance, une agence gouvernementale ou la CSPAAT, les frais de service nous seront directement déboursés.

Tous les services de thérapie sont facturés selon un taux horaire, et sont payables le jour même. Une consultation est d'une durée de 50 minutes. Lorsque vous consultez un psychologue, vos frais de thérapie (counselling, psychothérapie, etc.) constituent une dépense vous autorisant une déduction sur vos impôts. Vous recevrez une facture qui vous indiquera le montant exact à payer, et ce document peut être joint à votre déclaration d'impôts afin de profiter d'une déduction pour frais médicaux, mais seule la portion que vous payez vous-même peut être déclarée.

LES RENDEZ-VOUS ANNULÉS OU MANQUÉS

Du fait que la demande de services dépasse souvent ma disponibilité, je dois avoir recours à une liste d'attente. Pour cette raison, les rendez-vous annulés ou manqués, en plus de nuire à la continuité et à la qualité des rapports établis entre le client et le thérapeute, peuvent empêcher une autre personne de recevoir les services plus rapidement. Par conséquent, un avis annulant votre rendez-vous est nécessaire 48 heures avant l'heure fixée. Il n'y aura aucun frais pour un rendez-vous annulé 48 heures avant l'heure limite, cependant le tarif régulier d'une heure de consultation pourrait être appliqué pour tous rendez-vous annulés à moins de 48 heures ou sans préavis.

CONSENTEMENT

Je travaille habituellement en collaboration avec le médecin de famille. Afin de me permettre de communiquer avec d'autres professionnels, vous devrez signer un formulaire de consentement d'échange d'information que vous serez libre de révoquer en tout temps. Veuillez lire le formulaire ci-joint attentivement et signez-le seulement si vous êtes à l'aise de le faire. Dans le cas où vous auriez des réticences, veuillez ne pas le remplir et nous pourrions en discuter lors du rendez-vous.

ORGANISMES D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET ASSURANCE AUTOMOBILE

Dans les cas où les frais de thérapie sont payés directement par un organisme d'indemnisation, certains points pertinents discutés avec le psychologue peuvent être transmis verbalement ou par écrit au gestionnaire de dossier, à la compagnie d'assurance, à l'organisme d'indemnisation des accidents du travail ou à votre médecin de famille. Ceci n'aura lieu que si vous donnez au préalable votre consentement par écrit. Vous êtes toujours libre de révoquer cette permission d'échange d'information, bien que ceci pourrait affecter la décision du tiers payeur de continuer à payer les services. Veuillez lire attentivement le formulaire ci-joint et signez-le seulement si vous êtes à l'aise de le faire. Dans le cas où vous auriez des réticences, veuillez attendre d'en discuter avec moi.

QUESTIONNAIRES

Il se peut qu'on vous demande de remplir un ou plusieurs questionnaires. Leur but est de faciliter l'évaluation et de fournir des renseignements supplémentaires qui permettraient d'établir la meilleure méthode de thérapie. Soyez assuré que vous n'êtes pas obligé d'y répondre si vous ne sentez pas à l'aise de le faire.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes informations émanant des entretiens avec le psychologue sont, à quelques exceptions près, entièrement confidentielles. Voici les circonstances où le sceau du secret doit être brisé:

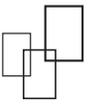
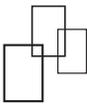
1. S'il y a raison de croire que vous risquez de vous faire du mal ou en faire à quelqu'un d'autre.
2. Si vous rapportez une information qui laisse croire qu'il y a un risque d'abus ou négligence d'un enfant, la loi exige un signalement à la Société de l'Aide à l'Enfance.
3. Dans le cas d'une ordonnance de la cour, les renseignements demandés doivent être remis.
4. Si vous me donnez de l'information lié à l'abus sexuel (actuel ou passé) par un professionnel de la santé régi par un ordre professionnel, la loi exige un signalement à l'ordre professionnel du membre.
5. Si je reçois une information qui me laisse croire qu'un adulte en situation vulnérable est à risque d'abus ou de négligence dans un centre de soins de longue durée, la loi exige un signalement auprès des agences et des autorités appropriées.
6. Si mon ordre professionnel, l'Ordre des Psychologues de l'Ontario, demande l'accès ou une copie de votre dossier (par exemple, dans le cas d'une évaluation pour assurance de la qualité des services), j'ai l'obligation d'acquiescer à leur demande.
7. Si je reçois une « Demande urgente » dans le cadre de la loi sur les personnes disparues, j'ai l'obligation de donner l'information ou de remettre une copie des documents demandés aux services policiers.

Merci de votre attention à l'ensemble de ce document. Si vous jugez les renseignements incomplets ou si vous avez des questions, n'hésitez pas de m'en faire part.

Par ma signature ici-bas, j'atteste avoir lu et compris l'information contenue dans ce document, et je donne mon consentement libre et éclairé à recevoir des services psychologiques. Par ma signature, j'atteste également qu'une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise pour mes dossiers personnels.

Signature du (de la) client(e)

Date



Dr. Francine Roussy Layton, C.Psych., Ext. 222
Dr. Catherine Sabourin, C.Psych., Ext. 228
Dr. Carole Lamarche, C.Psych., Ext. 224
Dr. Lisa Carswell, C.Psych., Ext. 231

Dr. Gilles Hébert, C.Psych., Ext. 223
Gilles Hébert | Psychology Professional Corporation
Hébert | Société Professionnelle de Psychologie
Dr. Lorraine Y. Overduin, C.Psych., Ext. 226
Lorraine Overduin Psychology Professional Corporation

Dr. Alison Welsted C.Psych., Ext. 225
Dr. Daniella Sandre, C.Psych., Ext. 229
Dr. Adam Heenan, C.Psych., Ext. 232
Dr. John Kowal, C.Psych., Ext. 227

PRINCIPES DIRECTEURS DES SERVICES OFFERTS

La présente a pour but de vous fournir des renseignements sur les conditions reliées aux offres de service à ma clientèle. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à m'en faire part.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE

Membre de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, et responsable devant cet organisme qui règlemente les permis de pratique psychologique. Cette organisation professionnelle se trouve à l'adresse suivante :

L'Ordre des Psychologues de l'Ontario
110 avenue Eglinton Ouest, Pièce 500
Toronto (Ontario) M4R 1A3
Télé : (800) 489-8388

HONORAIRES

Les services psychologiques ne sont pas couverts par le Régime d'assurance maladie de l'Ontario ou du Québec. Cependant, d'autres polices d'assurance maladie supplémentaires peuvent rembourser en partie ou en totalité les frais des services psychologiques. Si vous avez été référé par une compagnie d'assurance, une agence gouvernementale ou la CSPAAT, les frais de service nous seront directement déboursés.

Tous les services de thérapie sont facturés selon un taux horaire, et sont payables le jour même. Une consultation est d'une durée de 50 minutes. Lorsque vous consultez un psychologue, vos frais de thérapie (counselling, psychothérapie, etc.) constituent une dépense vous autorisant une déduction sur vos impôts. Vous recevrez une facture qui vous indiquera le montant exact à payer, et ce document peut être joint à votre déclaration d'impôts afin de profiter d'une déduction pour frais médicaux, mais seule la portion que vous payez vous-même peut être déclarée.

LES RENDEZ-VOUS ANNULÉS OU MANQUÉS

Du fait que la demande de services dépasse souvent ma disponibilité, je dois avoir recours à une liste d'attente. Pour cette raison, les rendez-vous annulés ou manqués, en plus de nuire à la continuité et à la qualité des rapports établis entre le client et le thérapeute, peuvent empêcher une autre personne de recevoir les services plus rapidement. Par conséquent, un avis annulant votre rendez-vous est nécessaire 48 heures avant l'heure fixée. Il n'y aura aucun frais pour un rendez-vous annulé 48 heures avant l'heure limite, cependant le tarif régulier d'une heure de consultation pourrait être appliqué pour tous rendez-vous annulés à moins de 48 heures ou sans préavis.

CONSENTEMENT

Je travaille habituellement en collaboration avec le médecin de famille. Afin de me permettre de communiquer avec d'autres professionnels, vous devrez signer un formulaire de consentement d'échange d'information que vous serez libre de révoquer en tout temps. Veuillez lire le formulaire ci-joint attentivement et signez-le seulement si vous êtes à l'aise de le faire. Dans le cas où vous auriez des réticences, veuillez ne pas le remplir et nous pourrions en discuter lors du rendez-vous.

ORGANISMES D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET ASSURANCE AUTOMOBILE

Dans les cas où les frais de thérapie sont payés directement par un organisme d'indemnisation, certains points pertinents discutés avec le psychologue peuvent être transmis verbalement ou par écrit au gestionnaire de dossier, à la compagnie d'assurance, à l'organisme d'indemnisation des accidents du travail ou à votre médecin de famille. Ceci n'aura lieu que si vous donnez au préalable votre consentement par écrit. Vous êtes toujours libre de révoquer cette permission d'échange d'information, bien que ceci pourrait affecter la décision du tiers payeur de continuer à payer les services. Veuillez lire attentivement le formulaire ci-joint et signez-le seulement si vous êtes à l'aise de le faire. Dans le cas où vous auriez des réticences, veuillez attendre d'en discuter avec moi.

QUESTIONNAIRES

Il se peut qu'on vous demande de remplir un ou plusieurs questionnaires. Leur but est de faciliter l'évaluation et de fournir des renseignements supplémentaires qui permettraient d'établir la meilleure méthode de thérapie. Soyez assuré que vous n'êtes pas obligé d'y répondre si vous ne vous sentez pas à l'aise de le faire.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes informations émanant des entretiens avec le psychologue sont, à quelques exceptions près, entièrement confidentielles. Voici les circonstances où le sceau du secret doit être brisé:

1. S'il y a raison de croire que vous risquez de vous faire du mal ou en faire à quelqu'un d'autre.
2. Si vous rapportez une information qui laisse croire qu'il y a un risque d'abus ou négligence d'un enfant, la loi exige un signalement à la Société de l'Aide à l'Enfance.
3. Dans le cas d'une ordonnance de la cour, les renseignements demandés doivent être remis.
4. Si vous me donnez de l'information lié à l'abus sexuel (actuel ou passé) par un professionnel de la santé régi par un ordre professionnel, la loi exige un signalement à l'ordre professionnel du membre.
5. Si je reçois une information qui me laisse croire qu'un adulte en situation vulnérable est à risque d'abus ou de négligence dans un centre de soins de longue durée, la loi exige un signalement auprès des agences et des autorités appropriées.
6. Si mon ordre professionnel, l'Ordre des Psychologues de l'Ontario, demande l'accès ou une copie de votre dossier (par exemple, dans le cas d'une évaluation pour assurance de la qualité des services), j'ai l'obligation d'acquiescer à leur demande.
7. Si je reçois une « Demande urgente » dans le cadre de la loi sur les personnes disparues, j'ai l'obligation de donner l'information ou de remettre une copie des documents demandés aux services policiers.

Merci de votre attention à l'ensemble de ce document. Si vous jugez les renseignements incomplets ou si vous avez des questions, n'hésitez pas de m'en faire part.

Par ma signature ici-bas, j'atteste avoir lu et compris l'information contenue dans ce document, et je donne mon consentement libre et éclairé à recevoir des services psychologiques. Par ma signature, j'atteste également qu'une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise pour mes dossiers personnels.

Signature du (de la) client(e)

Date