

## Entente avec le client



### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code postal

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du tuteur (si le client a moins de 16 ans) : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de nous? Veuillez fournir des renseignements précis (nom, p. ex.). Nous récompensons les personnes qui nous recommandent. \_\_\_\_\_

Quel praticien venez-vous consulter aujourd'hui? \_\_\_\_\_

1. L'Assurance-santé de l'Ontario ne couvre pas les services offerts par la clinique Ottawa Holistic Wellness. Toutefois, certains de ces services sont déductibles du revenu imposable ou peuvent être couverts par des régimes d'assurance privés. Veuillez faire les vérifications nécessaires auprès de votre assureur, étant donné que les régimes varient.

2. Certains des praticiens de la clinique Ottawa Holistic Wellness facturent les services fournis aux compagnies d'assurance directement. Dans le cas des autres praticiens, les services doivent être **payés avant chaque consultation ou à la fin de celle-ci**. Nous acceptons les paiements en argent comptant, par chèque ou par carte de débit ou de crédit (sauf American Express). De l'intérêt peut être perçu sur les sommes impayées.

3. Vous, à titre de client, et le praticien que vous consultez assumez la responsabilité des soins de santé naturels que vous recevez. L'amélioration de votre mode de vie peut contribuer à l'amélioration de votre santé et de votre bien-être, tout autant que des remèdes et des traitements. Nous travaillons volontiers en équipe avec des médecins et d'autres professionnels de la santé.

4. Nous expliquons les procédures, les résultats probables et les risques associés à nos traitements avant de fournir ceux-ci. Nos services sont offerts parallèlement à ceux des médecins : ils ne remplacent pas des soins médicaux. Si vous choisissez de remplacer des soins médicaux par des médecines douces, vous assumez la responsabilité des risques associés à cette décision.

5. Médicaments délivrés sur ordonnance : Veuillez discuter de toute modification de la dose des médicaments délivrés sur ordonnance ou de tout autre traitement prescrit avec le médecin qui vous les a prescrits. Si vous cessez de prendre des médicaments délivrés sur ordonnance ou de recevoir des traitements prescrits, **vous en assumez l'entière responsabilité**.

6. Politique de la clinique Ottawa Holistic Wellness concernant les annulations

Les clients qui doivent reporter ou annuler un rendez-vous sont priés de nous en informer au moins 48 heures à l'avance. Le fait d'exiger cet avis nous permet de maintenir nos frais de consultation au niveau actuel en offrant à d'autres clients des périodes qui avaient été attribuées.

Nous nous réservons le droit de vous facturer les rendez-vous manqués ou ceux qui ont été annulés moins de 48 heures avant leur début et que nous n'avons pu attribuer à d'autres clients.

Nous nous efforçons de vous envoyer un rappel de vos rendez-vous par téléphone ou par courriel. Toutefois, **il vous incombe** de vous souvenir de vos rendez-vous.

Nous serons à la clinique à l'heure de vos rendez-vous. Nous espérons que vous y serez aussi.

7. **Renseignements personnels** : Nous ne recueillons que les renseignements personnels que vous choisissez de nous donner. Ces renseignements servent à conserver des dossiers sur vos rendez-vous à la clinique Ottawa Holistic Wellness et sont fournis aux praticiens que vous y consultez. Nous ne les divulguons à aucun autre praticien ni à aucune autre partie, sauf si vous nous en donnez l'autorisation par écrit.

Nous ne recueillons pas de renseignements personnels lorsque vous visitez notre site Web ou téléchargez de l'information à partir de celui-ci.

8. **Renseignements sur la santé** : Vos dossiers de santé demeureront strictement confidentiels. Les renseignements en matière de santé indiqués sur les formulaires d'admission et les notes inscrites par les praticiens au cours des séances de traitement demeureront confidentiels et ne seront utilisés que par ces praticiens. Ils ne seront divulgués à d'autres praticiens que si vous donnez une autorisation écrite à cet effet.

9. **Communications par courriel** : Nous transmettons par courriel un bulletin mensuel gratuit contenant des renseignements et des conseils sur la santé.

Il peut aussi nous arriver de communiquer par courriel pour informer notre clientèle des changements apportés à nos services et des offres courantes, ou pour lui demander des commentaires afin que nous puissions améliorer nos services.

Notre système de réservation envoie automatiquement des avis confirmant les réservations ou les paiements ainsi que des rappels des rendez-vous.

**Vous pouvez en tout temps demander à ne plus recevoir de tels courriels. Il vous suffit de le faire en répondant à nos messages.**

**Important** : En vertu d'une nouvelle loi, nous ne pouvons communiquer avec vous sans votre consentement.

Si vous **souhaitez recevoir** les messages par courriel susmentionnés, veuillez l'indiquer ci-dessous :

Je souhaite recevoir du **système de réservation** des courriels qui confirment les réservations ou les paiements effectués ou qui me rappellent mes rendez-vous. (Nous vous recommandons d'utiliser ce service, étant donné que nous n'effectuons pas de rappels par téléphone.)

Je souhaite recevoir le **bulletin** mensuel, qui contient des renseignements et des conseils sur la santé, ainsi que des courriels occasionnels sur les promotions, les offres et les séances d'information gratuites.

J'autorise la clinique Ottawa Holistic Wellness et les praticiens qui me fournissent des traitements à communiquer avec moi par courriel afin de me donner les meilleurs soins possible.

Les courriels peuvent contenir des renseignements personnels. J'ai été informé des risques de la correspondance par courriel et je dégage la clinique Ottawa Holistic Wellness et les praticiens m'offrant des services de toute responsabilité relativement à la communication par courriel.

Je reconnais que le courrier électronique n'est pas encore un moyen de communication dont la sécurisation peut être garantie.

J'ai lu et je comprends l'information ci-dessus.

Signature : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Relation avec le client (dans le cas d'un tuteur) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_