



LABENNE  
ORTHODONTIE  
DR QUENTIN BOISON  
SPECIALISTE QUALIFIÉ

## Demande de transmission par mail de données médicales

RESPONSABLE LEGAL :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

PATIENT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

A votre demande, nous pouvons transmettre les éléments concernant votre suivi d'orthodontie (ou celui de votre enfant) par mail, à vous-même et à votre dentiste traitant.

Si vous souhaitez cette option, nous vous invitons à nous indiquer ci-après l'adresse du mail sur lequel les lettres seront adressées :

« Je demande que nos échanges concernant mon suivi d'orthodontie ou celui de mon enfant soient réalisés par des échanges de mail et je suis parfaitement informé(e) que ce procédé ne peut assurer la parfaite confidentialité et sécurité des informations transmises.

Ces échanges se feront à l'adresse mail suivante :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ »

J'ai bien noté que cette demande ne sera utilisée que dans le cadre du suivi orthodontique.

Fait à LABENNE le     /     /