

Patient Code de déontologie de

Veillez lire et signer ci-dessous.

Nous sommes très fiers de fournir des soins buccodentaires à nos patients. Nous sommes tenus d'assurer un environnement sécuritaire, positif et professionnel, libre de harcèlement, de mauvais traitement ou de violence.

Lors de leur visite à notre cabinet, les patients doivent :

- Communiquer poliment avec le personnel.
- Arriver à temps pour leur rendez-vous.
- Donner autant de préavis que possible pour éviter des frais d'annulation, si un rendez-vous est annulé ou modifié.
- Aviser le cabinet de tout changement de coordonnées (adresse, courriel, numéro de téléphone).
- Faire preuve de courtoisie lors de l'utilisation d'un téléphone cellulaire ou de tout autre appareil électronique et faire taire ou éteindre tout appareil pendant les rendez-vous.
- Être prêt à fournir une liste à jour de médicaments à leur fournisseur de soins buccodentaires.

Les comportements suivants ne seront pas tolérés et peuvent mener au renvoi du cabinet dentaire :

- Menaces verbales, injures, langage impoli ou inapproprié, que ce soit en personne, au téléphone ou dans une correspondance par courriel
- Insinuations ou commentaires à caractère sexuel envers le personnel ou d'autres patients
- Agression physique ou comportement intimidant envers une autre personne
- Activité illégale ou immorale, y compris la consommation d'alcool ou de drogues, la possession d'armes ou le vandalisme
- Tout acte qui suscite des inquiétudes pour la sécurité publique (y compris des paroles déplacées, des insinuations sexuelles ou un comportement obscène)
- Le non-respect des obligations financières
- Le manque ou l'annulation d'une série de rendez-vous sans préavis

Nous accordons la même valeur à nos patients et à notre personnel et nous avons hâte de fournir d'excellents soins à nos patients.

En signant ci-dessous, vous ou votre tuteur acceptez les attentes et les modalités ci-dessus.

Nom du patient : _____

Signature du patient : _____

Signature du parent du patient, du tuteur légal ou du mandataire (si moins de

18 ans ou sous les directives juridiques d'un soignant) : _____

Date : _____