



## CLINIQUE MÉDICALE TOPSHAPE

45, rue Talbot Trois-Rivières (Québec) G2O 9A9

### TRANSMISSION DU DOSSIER

Madame,  
Monsieur,

Par la présente, j'autorise le docteur \_\_\_\_\_ ou son représentant à transmettre, au Dr. Ghyslain Potvin ou son représentant, les informations relatives à mon dossier antérieur.

Le rapport écrit des radiographies de \_\_\_\_\_.

J'atteste avoir pris connaissance de mes droits. ☐

Cordialement,

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

*Ghyslain Potvin*  
\_\_\_\_\_

Clinicien : Dr. Ghyslain Potvin