

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT, DROITS DE CONFIDENTIALITÉ DU CLIENT

J'ai lu et compris la divulgation ci-dessus concernant les services offerts par Patricia Gaudet. Je reconnais que le Reiki et le Toucher guérisseur sont des thérapies holistiques complémentaires et d'intégration. Elles sont accomplies par l'utilisation du toucher, avec contact ou sans contact. Je comprends que Patricia n'est pas un médecin et que ses services ne sont pas agréés par la province de l'Ontario. Je comprends que j'ai la responsabilité de maintenir une relation personnelle avec un médecin si je le souhaite. Je comprends également que la personne nommée ci-dessus n'est pas formée pour diagnostiquer des maladies, faire des recommandations impliquant des médicaments pharmaceutiques ou une chirurgie, ou gérer des urgences médicales.

Termes et conditions

Les attentes de North Star Intuitive envers ses clients :

1. Le client est responsable du paiement de tous les frais pour la séance de soins fournie.
2. Le paiement des frais fixés est effectué immédiatement à la fin de la séance de soins.
3. Les modes de paiement acceptés sont les suivants: espèces, carte de débit, cartes de crédit (Visa, Mastercard).
4. Le client informera de tout changement d'horaire et / ou annulation avec un minimum de 24 heures afin d'éviter des frais de non-présentation pouvant aller jusqu'à 100% de la valeur prévue.
5. Aucun remboursement ou crédit à l'achat d'un service n'est offert.

Initiales: _____

Les attentes des clients envers North Star Intuitive :

1. Le temps et cheminement de guérison du client sera respecté. La thérapeute sera à l'heure et préparée pour chaque session.
2. Dans le cas où North Star Intuitive doit reprogrammer une session, un préavis d'au moins 24 heures sera donné au client dans la mesure du possible.
3. Des intentions claires de guérison seront définies avec le client, pour chaque session en cours.

Initiales: _____

Confidentialité / Droits du client:

Vos expériences au cours de nos sessions sont confidentielles et vous avez le droit de consulter vos fichiers sur demande écrite. La confidentialité est soumise aux exceptions suivantes:

1. Vous pouvez me charger de divulguer des informations par écrit à d'autres praticiens de la santé.
2. Je peux divulguer des informations si je suis assigné à comparaître, légalement obligé ou raisonnablement autorisé à le faire (y compris dans les cas où il existe un danger clair et imminent pour vous-même ou une autre personne).
3. Votre dossier personnel confidentiel est conservé dans un endroit sûr et est conservé pendant 4 ans après la suspension des services, après quoi toutes les informations seront détruites de manière appropriée.
4. Votre confidentialité est toujours sujette aux exclusions habituelles dictées par les lois et règlements provinciaux et fédéraux.

J'ai lu et compris la divulgation ci-dessus concernant les politiques de la confidentialité et de la vie privée, et les expériences vécues au cours de ces sessions sont confidentielles.

Je consens pleinement à utiliser les services offerts par **Patricia Gaudet** en signant ci-dessous:

Signé: _____ Date: _____

Nom (en lettres moulées): _____