

Tous les champs sont requis. **Écrire clairement**

Information du client

Prénom: _____ Nom de Famille: _____

Date de Naissance (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____ Sexe: Mâle Femelle Non-divulgué

Information du Praticien de la Santé

Prénom: _____ Nom de Famille: _____

Profession: _____ License #: _____ Province où la License est émise: _____

Nom de la Clinique ou du Bureau (si applicable): _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone: (____) _____ Fax: (____) _____

Courriel (optionnel) : _____

Adresse de consultation si différent de ci-dessus

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

ÉTAMPE

Obligatoire si applicable. Votre Document Médical peut nous être soumis par courrier pour la version originale ou par fax (télécopieur) pour une copie de l'originale. Il peut être envoyé à l'adresse ou au numéro de fax inscrit dans le coin supérieur gauche de ce document selon votre choix. Si vous choisissez de faxer ce document, il doit être faxé du bureau de votre praticien de la santé.

Initiales

PRATICIEN DE LA SANTÉ : VEUILLEZ INITIALER SI VOUS SOUMETTEZ LE DOCUMENT MÉDICAL PAR FAX À ABCANN

Je, le praticien de la santé du client a choisi de soumettre le document médical à ABcann par fax sécurisé. Je comprends que le document médical faxé est maintenant le document original et que le document en ma possession est une copie conservée à des fins de tenue de dossiers seulement.

Initiales

PRATICIEN DE LA SANTÉ : VEUILLEZ INITIALER SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR LE CANNABIS MÉDICAL DU CLIENT À VOTRE ADRESSE PROFESSIONNELLE

Je, le praticien de la santé du client consent à recevoir le cannabis médical au nom du client à l'adresse de la clinique inscrit sur ce document médical. Remarque : si à tout moment vous décidez de cesser de consentir à recevoir le cannabis médical au nom du client, vous devez aviser par écrit le client ainsi qu'ABcann à cet effet.

Quantité quotidienne de cannabis: _____ grammes, pour: _____ jours / semaines / mois **(Veillez en indiquer un)**

Le document médical ne peut excéder un an et commence la date que le document médical est signé.

Je, _____ atteste que l'information de ce document est exact et complet.

(Écrire le nom du praticien de la santé)

Diagnostique Médicale **(optionnel)**:

Signature du Praticien de la Santé

_____/_____/_____
Date (DD / MMM / AAAA)

Méthode préférée pour confirmer ce document médical: Téléphone Fax Courriel Courrier Régulier