

## 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  même que l'adresse de la Clinique ou du Bureau

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 **(Encerclez une option)**

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