

Organisme destinataire de la demande

Veuillez transmettre la demande à l'adresse ou au numéro de télécopieur ci-dessus. Remarque : La loi permet un délai de 30 jours pour fournir une réponse.

Patient pour lequel les renseignements sont demandés

Nom de famille : Numéro de carte Santé :

Prénom : Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse postale :

☐ Patient☐ Mandataire spécial

Lien avec le patient :

☐ Autre (précisez) :**Documents demandés**☐ Tous les dossiers de santé☐ Tous les dossiers de santé pendant une période précise

Début : JJ MM AAAA Fin : JJ MM AAAA

☐ Dossiers particuliers indiqués ci-dessous :

Raison de la demande (facultative) :

☐ Raison personnelle☐ Planification des soins☐ Raison juridique☐ Formulaires d'assurance☐ Succession☐ Exemption fiscale☐ Autre (précisez) :**Instructions spéciales****Méthode/format de divulgation :**☐ Copie électronique – adresse courriel :☐ Copie papier envoyée à l'adresse ci-dessus☐ Copie papier envoyée à une autre personne ou adresse (précisez) :

Nom : Adresse postale :

☐ Autre (précisez) :**Divulgation rapide requise?** ☐ Non ☐ Oui (précisez) :**Mesures d'adaptation requises?** ☐ Non ☐ Oui (précisez) :

Nom en lettre moulées

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Les renseignements figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (« la Loi ») et seront utilisés pour identifier le patient et répondre à la demande d'accès en vertu du paragraphe 54 de la Loi. Les questions concernant la collecte de renseignements doivent être adressées à la personne-ressource responsable de la protection de la vie privée ou des dossiers sur la santé de l'organisme qui reçoit la demande d'accès.