

DEMANDE D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

 NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Date de naissance :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

 Numéro de la carte santé :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____
 NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

N^{os} de téléphone : Maison : () Travail : () Tél. Cell : ()

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

Date(s) et lieux de la prestation des services : _____

Renseignements médicaux personnels demandés : _____

Il s'agit d'une demande pour : examiner (consulter) **et/ou** → recevoir une copie des renseignements précisés ci-dessus.

Je demande des renseignements me concernant personnellement : Oui Non **Si la réponse est NON – remplir la Partie 3.**

Vous pourriez devoir payer des frais pour examiner et/ou recevoir une copie des renseignements demandés.

PARTIE 3 : PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

 NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Adresse : _____
 NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

N^{os} de téléphone : Maison : () Travail : () Tél. Cell : ()

Indiquer votre autorisation : _____

Vous pourriez devoir fournir des documents pour prouver votre autorisation légale d'exercer les droits de la personne concernée.

PARTIE 4 : AUTORISATION ÉCRITE – UNIQUEMENT POUR LES SOINS FOURNIS À L'HEURE ACTUELLE

J'autorise : _____ à examiner et à obtenir une copie des renseignements décrites dans la Partie 2.
 NOM DE FAMILLE PRÉNOM

PARTIE 5 : SIGNATURE DU PATIENT / DU CLIENT / DU RÉSIDENT / DE LA PERSONNE DÉCRITE DANS LA PARTIE 3

Signature du demandeur : _____ Date :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

PARTIE 6 : AUTRES

Signature du prestataire de soins / du directeur médical / agent de protection de la vie privée : _____ Date de réception :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

Date de l'examen (consultation) :

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y

 Date de remise des copies :

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y