

# Demande d'accès à des renseignements personnels sur la santé

en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

**Nom du dépositaire de renseignements sur la santé à qui la demande est adressée :**

**Vos nom et coordonnées :**     M.                       M<sup>ME</sup>                       M<sup>LLE</sup>

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_ (soir) \_\_\_\_\_

## Renseignements sur le mandataire spécial\* :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_ (soir) \_\_\_\_\_

\* Veuillez fournir les documents montrant au dépositaire de renseignements sur la santé que vous êtes un mandataire spécial autorisé, s'il y a lieu.

**Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé demandés ainsi que des indications qui faciliteront leur localisation (p. ex., dates, nom du fournisseur de soins de santé, etc.).**

**Méthode privilégiée d'accès aux dossiers :**     Examen de l'original                       Réception d'une copie

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Réservé au dépositaire de renseignements sur la santé

Date de réception \_\_\_\_\_ Numéro de demande \_\_\_\_\_ Remarques \_\_\_\_\_

Les renseignements personnels sur la santé demandés dans la présente formule sont recueillis en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (la « Loi ») et seront utilisés pour répondre à votre demande d'accès en vertu de l'article 54 de la Loi. Veuillez adresser vos questions éventuelles sur la collecte de ces renseignements à la personne-ressource responsable de la vie privée du dépositaire de renseignements sur la santé à qui vous faites votre demande d'accès.